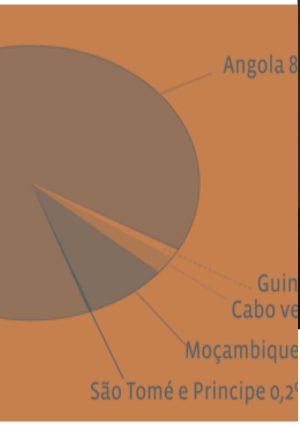




Human Resources for Health Observer

Issue nº 2



1.5
SISTEMA DE INFOR

ncia de / desen- / acilitar / imple- / e passa / dos os / nvolvi- / erais e / ífica) é / ano de

Os sistemas de informaç
determinante de qualqu
fazendo os sistemas de i
grante dos mesmos. Os
eficaz, a formulação de p
trabalho, através da anál
avaliação e o acompanha
recursos humanos. São i
próprio sistema de saúde
desenvolvimento. O qua
mais abrangentes refere
ros mais específicos dos

Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)

World Health Organization

Catalogação-na-fonte: Biblioteca da OMS:

Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) / edited by G. Dussault ... [et al].
(Human Resources for Health Observer, 2)

1. Recursos humanos em saúde. 2. Pessoal de saúde - organização e administração. 3. Pessoal de saúde - estatística e dados numéricos. 4. Administração de recursos humanos. 5. Análise qualitativa. 6. Países em desenvolvimento. 7. África.
I.Dussault, Gilles. II. Fronteira, Inês. III. Organização Mundial da Saúde.

ISBN 978 92 4 859907 1
(NLM classification: W 76)

Este documento foi produzido com o apoio financeiro da União Europeia. As opiniões aqui expressas não podem, de forma alguma, serem tomadas como reflexo da opinião oficial da União Européia

This document has been produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union

COOPERAÇÃO PALOP e TIMOR -LESTE / UE

Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)

Agradecimentos

Este estudo foi coordenado por Gilles Dussault e Inês Fronteira (Unidade de Sistemas de Saúde, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa com a colaboração de Mario R. Dal Poz, Norbert Dreesch e Regina Ungerer (OMS-Genebra), Yolanda Estrela (OMS Cabo Verde), Maria Augusta Biai (OMS Guiné Bissau) e Hilde de Graeve (OMS Moçambique).

O estudo foi realizado com financiamento da União Europeia como parte do projeto "Apoio ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde nos PALOP" (9.ACP.MTR.004). República de Angola (país chefe de fila e ordenador regional PALOP do projecto).

Acknowledgements

This study was coordinated by Gilles Dussault and Inês Fronteira (Unit of Health Systems, Institute of Hygiene and Tropical Medicine, University Nova de Lisboa) with the collaboration of Mario R. Dal Poz, Norbert Dreesch and Regina Ungerer (WHO-Geneva), Yolanda Estrela (WHO Cape Verde), Maria Augusta Biai (WHO Guinea Bissau) and Hilde de Graeve (WHO Mozambique).

The study was undertaken with funding by the European Union as part of the project 'Support to the development of human resources for health in PALOP' (9.ACP.MTR.004). Republic of Angola (country lead and regional PALOP project manager.

Abbreviations and acronyms

CAR	Cumulative attrition rate
GDP	Gross domestic product
HRH	Human resources for health
UNDP	United Nations Development Programme
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization
WISN	Workload indicators of staffing needs
WPRO/RTC	Western Pacific Regional Office Regional Training Centre
WWPT	Western-Pacific Workforce Projection Tool

ÍNDICE

Índice de quadros

Summary

Introduction

The importance of Human Resources for Health (HRH) is widely recognized for the performance of health systems, for the quality of care, and for reaching the Millennium Development Goals. The lack of HRH is global, but more acute in sub-Saharan Africa, where the magnitude of the problem already reached critical levels. The European Commission summarized the situation in the document entitled "Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries" (COM (2005) 642). The situation was widely described in the *World Health Report of 2006* which estimated a global deficit of approximately 4.3 million health workers, mainly doctors, nurses, and midwives. The European Commission has demonstrated its effort in the fight against this crisis through the "EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries" [COM (2006) 870], that was endorsed by the General Affairs and External Relations Council and member States on 14 May 2007.

Of the 57 countries that suffer from critical deficits of HRH, 36 are in Africa. Three of the Portuguese speaking countries (PALOP) i.e. Mozambique, Angola, and Guinea Bissau are among these countries although all of them face serious challenges for development of these resources. Countries have committed themselves to the solution of the problem. The majority have developed plans and strategies for the development of HRH but all of them face big challenges in their implementation. Some of these plans are already outdated and need review. By the same token it is necessary to analyse their availability, as well as the operational, financial, political, and technical capacity for its implementation.

The general objective of the project EC/PIR-PALOP is the improvement of the health conditions of the population by means of quality improvement of the health services on offer. In PALOP the objective is the specific improvement of the national and regional capacity for the development of HRH in these countries.

The project aims at meeting the needs identified for HRH as diagnosed through a long process of analysis with the respective countries, but also at subregional level of PALOP. It corresponds to the national willingness and that of the various partners in addressing these interventions, in order to ensure the creation of a network among PALOP that promotes dialogue and synergy among them and with countries outside the region and with appropriate platforms.

A component of the program, related to information and documentation activities, will be developed together with the World Health Organization (WHO), as a result of the work undertaken together, in recent years, by the human resources departments of WHO (Brazzaville and Geneva) with ECAid (Brussels and Luanda). The process of formulation of the project was concluded in mid 2008 and the approval and final signatures among the participating agencies were obtained in August 2008.

The expected results of this component are the following ones:

a. Strengthening the national capacity of PALOP countries for development and implementation of HRH policies.
b. Information systems developed and strengthened HRH in PALOP, including mechanisms of exchange and cooperation among the countries and the Observatories of HRH in Africa.
c. Training systems evaluated and technical cooperation programs established.
d. Strengthening, in the relevant institutions in PALOP, access to information and knowledge of health in Portuguese.

As initial activities of this collaboration, the following were proposed:

- The review of the existing appraisal of HRH in PALOP, as well as the policies, strategies, plans of action, and already existing levels of execution. That will provide a mapping and inventory of the available resources and of the current situation, serving as basis for discussing future activities (baseline).
- The organization of an international meeting with representatives of the departments of HRH of the ministries of health, responsible staff of the EC Delegation of Luanda and of the Government of Angola linked with the project, with the relevant personnel of the offices of WHO in the countries, in Brazzaville and Geneva and also with key partners in PALOP. This meeting had the objective of revising the current situation and discussing strategies to improve the national ability to develop and implement policies of HRH. The encounter would also allow for the definition of future activities and actions, both at the national and the international level.

The preparation of the present report was requested by the World Health Organization (WHO) and undertaken by the Institute of Hygiene and Tropical Medicine, Lisbon. It takes into account the first aforementioned initial activity and the preparation of the Regional Seminar "Support for the development of the human resources for health in PALOP", that brought together the directors of departments of human resources for health of PALOP, representatives of funding agencies, of WHO and of the European Union.

The report provides available data on the health workforce in PALOP. Its purpose is to support the responsible staff and partners to identify the needs for intervention, in order to improve the national and regional capacity for the development of human resources for health.

The Institute of Hygiene and Tropical Medicine (IHMT) was asked to prepare an up-to-date description of the health workforce in each PALOP (Angola / Cape Verde / Guinea Bissau / Mozambique / São Tome and Prince) based on the available documentation. A Rapid Assessment of the HRH information systems was also requested in each PALOP and of the conditions for implementation of the virtual libraries on health (in the area of the ePORTUGUÊSe[1]).

---

[1] WHO platform aiming at improving the access to information and to knowledge of health in Portuguese, in the institutions in PALOP.

The work method consisted of:

- Inventory of the relevant documents (HRH plans, policies, strategies, reports of research) through survey on the Internet and direct contact with the ministries of health and the World Health Organization;
- Elaboration of a structure for harvesting of data and of drafting of monographs per country based on guidelines for situation analysis of human resources (Bossert et al, 2007) and of health information systems (Health Metrics Network, 2008). The structure was meant to permit the characterization, common to the five countries, of the situation of human resources and of the information system on health. For the survey of the situation of the virtual libraries the directives existing in the World Health Organization ePORTUGUÊSe system were used. http:/www.who.int/eportuguese/en/ (accessed on 3.11.2008);
- Synthesis of available information for each country, in accordance with the defined structure, in order to facilitate comparisons;
- Synthesis, observations and indications on the priority policies and information needs for the five PALOP countries.

The data sources on human resources of health indicate varying levels of range and up-to-date status, so it is not possible to present a complete portrait of each country. This fact highlights the paucity of the HRH information systems, which will be commented upon further below. This work, carried out during November 2008, did not include a collection of primary data in the countries that would have made it possible to bring some of them up to date, include hitherto other unavailable data in the collected documentation and to validate the one currently presented.

Even so, each country was requested to revise and comment on the data presented, so that the information presented already includes the results of this stage of enquiry.

This English version presents a comparative synthesis of the situation of HRH in the five countries and elements for future action.

1.
The HRH situation in the PALOPS: main indicators, Intercountry comparisons

This section gives the general overview of the health workforce in the five PALOP countries, reviewing its composition (number, occupational categories, demographic structure), geographical distribution and by level of services.

1.1
The stock of HRH

The stock refers to the total number of workers that compose the health workforce. This definition covers the categories described in 1 below. However, none of the countries have complete information in order to describe entirely the aforementioned *workforce stock*. Typically, they lack data on the private sector workforce, those who have qualifications for health sector work but do not work there, or those who work in the health sector but do not provide clinical services. The information on unskilled health workers and on the least numerous, such as laboratory technicians and pharmacists, among others, is also lacking. Concrete figures were also not found for the "informal" health workers (traditional midwives, drug vendors and/or healers, for example).

The following tables present the available data on the principal categories of workers with recognized qualifications, by most recent year. The data sources are found described in the bibliography that accompanies this document.

Table 2 indicates that, generally, ratios of health professionals per inhabitant are low, demonstrating the existing scarcity. Taking as reference the 2.5 skilled workers per 1,000 population, indicated by Joint Learning Initiative (2004) as the very minimum in order to ensure access to services in relation to the Millennium Development Goals (health), none of the five countries reaches this level.

WHO (2006, p.12) suggests a number a little smaller, of 2.28, including all the categories of *skilled birth attendants* and identifies 57 countries, of which 37 are in Africa, including Angola, Guinea Bissau and Mozambique, that do not reach this minimum level.

For purposes of staffing needs and of planning in general, it is important to have data on the demographic structure of the workforce. For example, the number of future retirees is essential to determine the needs for substitution of the individuals that cease activity. The proportion of men to women is also an important data item for subjects such as the geographical distribution of the health workers (women tend to be concentrated in urban areas). But, as Table 3 confirms, this information is not available for all the countries. In case of Guinea-Bissau and of Mozambique, it is confirmed that the physician profession is in the majority male, the other professions are mainly female in their composition.

With regard to the geographical distribution of HRH (Table 4) there are major imbalances between the regions of the countries for which there are data available (they was no data on São Tome and Principe).

The most urbanized areas concentrate greater proportions of personnel, and where the distribution of nurses is less unbalanced. These differences in problems of equal access to the services need to be addressed by the coordinators of the projects.

1.2
Education of health workers

The renewal and the expansion of the skilled health workforce depend on the capacity of the education system to train graduates with a given set of competencies to deal with health priorities. Table 5 summarizes some of the indicators referring to the training of HRH.

The information on health workforce education was the most difficult to find. In many instances this can be explained by the ministry of health and the ministry of education working independently of each other. This also leads to ineffective information systems on health workforce education.

The limited capacity to train HRH is evident because there are no structures for teaching (this is seen, for example, in the case of Cape Verde and São Tome, for medical education) or they do not succeed to offer courses every year (examples of Guinea Bissau and Cape Verde), producing non-annual resources on a regular basis.

Some of the indicators also had as an objective to serve as proxy indicators for the attractiveness of the health professions: it is important to know if there is demand for these professions before increasing the offer of training places. The inability to obtain these data made it impossible to evaluate this issue.

Beyond the indicators in the previous table it will also be possible to obtain, in a later national capacity study for national training of health workers, information relative to the following aspects:

- Mission of the institutions (teaching, research, services to the community);
- Proportion of courses (disciplines) devoted to priority diseases of the country;
- Capacity to admit an additional quantity of students;
- Admission policy;
- Mechanisms for updating the competencies of the professors;
- Average class size;
- Number of computers with access to the *Internet* per student (with band speed);
- Definition of the structures of governance of the training institutions (representation of academic personnel, students and other partners);
- Mechanisms for review of HRH training.

1.3
HRH Expenditure and working conditions

The proportion of the public health budget allocated to health workforce expenditure is quite variable from country to country, depending on the importance of other health costs (medicines, infrastructure) and the existence of other sources which can cover these expenditures. The proportion is close to the total public health budget in Guinea-Bissau, it is about 70% in Cape Verde, 45% in Mozambique and 38% in Angola. It is difficult to interpret these figures without analyzing the total cost and the set of financial flows for health as well as the procedures for the preparation of national health accounts, which is not undertaken systematically in the PALOP.

Financing is one of the most important factors influencing the state of the health workforce. This influence is felt in the payment of wages and in other non-wage indicators which are essential for the efficiency of the health care system. Besides, a deep reflection on this matter should include an analysis of non-wage incentives, since this approach allows the identification of financial impulses which are more efficient in achieving the objectives in terms of workforce incentives.

There is little quantitative updated information concerning working conditions as well as salaries and other benefits (insurance, pensions) and subsidies that establish the total remuneration, the non-financial benefits (clothing, food, transport, accommodation, prophylactic treatments for exposure to HIV and other risks) and the existence of incentives to work in difficult areas. The information available in Cape Verde and Mozambique indicates important disparities between the salaries of doctors and other workers. (Table 6).

It would be important to document existing work practices in the public and private sectors, levels of satisfaction with remuneration, the mechanisms involved in career progression, in professional promotion, in training access and the availability of basic work tools (pharmaceuticals, surgical equipment, needles and scalpels, protective gloves, laboratory equipment). This kind of information is crucial since it is related to factors which influence the performance of workers, both in terms of productivity and quality of their work.

1.4
Policies and Management of HRH

This section presents information concerning the existence of policies, plans and strategies of HRH developed by each PALOP country, and information about tools used to improve the management of the workforce.

It is not possible, without empirical studies, to know the degree of implementation of policies, nor their efficacy. The same applies to management tools. All PALOP countries have already, or are preparing, a national plan for human resources for health development. The degree of formalization of their general and specific policies (remuneration, professional training, and geographical distribution) is variable. Mozambique recently adopted a HRH development plan for the period 2008 and 2015, which includes forecasts for increasing the workforce, according to the requirements of the MDGs. It also includes the estimated costs for the achievement of the goals. With this information the Mozambique Government can estimate, on the one hand, the portion of HRH expenditure that can be covered from its own resources and, on the other hand, the remaining funding needs, which represent the cost to financial partners.

The quality of the performance of the system depends on the performance of the health workers, which, in turn, depends on effective management of HRH. Tables 8 and 9 present information on some of the management tools and capacity conditions affecting the performance of HRH. Decisions, namely with reference to recruitment, lay off and transfers, tend to be made either at the level of the ministry of health, or another level, such as the ministry of the public administration, very frequently in a centralized fashion. This implies lack of flexibility, of attention to the local needs and arrears in the application, not withstanding the respective expenditures of time and resources.

1.5 HRH Information system

Health information systems are a determining component of any health services system, making the information systems of HRH (HRIS) an integral part of them. HRIS are crucial for effective planning, the formulation of policies, the diagnosis of the job market, through the analysis of the offer and demand, and for the appraisal of accompanying activities of management of human resources. They are equally crucial for the management of the health system itself, as well as for research and development. Table 10 presents some more comprehensive indicators referring to the information systems and other more specific areas of HRIS.

Beyond this information it would also be important to have responses to questions such as the following ones:

- Which information is held by professional HRH associations? How is this information registered? Who generates this information? Is there an electronic database? How are the data disseminated?
- Which other data sources on HRH exist in the public sector? Who generates them? Is there an electronic database? Is this database accessible? How can it be accessed? Who can get access? Who maintains the database? Is this database decentralized? How does it function?
- What possible source of data in the private sector exists (for example, consultations/service registers)? Are they centralized?
- Are service enquiries undertaken?
- If yes, with which periodicity are they carried out?

2. Conclusions

Despite the existing significant differences among PALOP, with regard to the socio-demographic, epidemiological, administrative and economic indicators, there are problems that all seem to experience. An indicative list includes the stock of workers, education, geographical distribution, working conditions and performance, policies, management and financing.

With regard to the quantity of HRH:

- All countries have considerable deficits of skilled personnel in all the categories. Considering the health needs of the populations, the categories with greater deficiency are physicians, pharmacists, technicians, and midwives. The number of nurses tends to grow, but it is still insufficient to guarantee the coverage of the entire population, as advocated by the *World Health Report* (OMS, 2006).
- There is an excessive dependency on foreign physicians which creates potential problems of sustainability of access to services, there are problems associated with cultural differences between physicians and service users.
- The emigration of the more qualified professionals is not important in quantitative terms. However, in a context of lack of professionals, each exit is a relevant loss.
- The loss of skilled workers as a result of low retirement age, exit from clinical practice for working in administrative functions, exits to NGOs or international agencies, exits for working outside the health sector, or losses to disease or early death, are not appropriately documented, although they appear to affect the number of HRH professionals negatively.

With regard to the education of HRH:

- At the level of physicians, two countries (Cape Verde and São Tome and Prince) have no autonomous training capacity. In the other countries, the current training is not sufficient to replace the physicians that leave and to maintain or increase the numbers that would correspond to the current needs of population growth.
- The current capacity for training of additional HRH is not completely known, neither in terms of infrastructures and of teaching staff, nor the capacity to attract graduates from the pre-university schools.
- There are no mechanisms of monitoring and appraisal of the quality of the training processes, capable of accreditation of courses offered. There are considerable variations in the training strategies. For example, Guinea-Bissau uses problem-based learning strategies, with a strong community orientation in training physicians; in other countries universities use more “traditional” strategies.

With regard to the geographical distribution of HRH:

- All countries experience relatively substantial asymmetries in the availability of HRH, particularly physicians and other specialists, in the urban and rural areas, which generates problems of equal access to services.
- There are strategies to improve the placement of skilled HRH in the areas with unmet needs, but the effectiveness of these strategies has not yet been evaluated.

With regard to working conditions and performance of HRH:

- The remuneration of HRH in the public sector is, in general, determined outside the ministry of health and understood to be insufficient. In certain cases, such as Mozambique, subsidies and other benefits are able to double the basic wage and thus improve the total income. There are cases of international partners who pay a wage supplement, but that raises the question of sustainability of the measure.
- The threats to the health of the HRH, in terms of exposure to biomedical risks for lack of adequate protection, are elevated and lead to health problems. This can reduce the attractiveness of the health professions, causing problems for recruitment.
- The access to basic working tools (drugs, equipments, information, among other) is not guaranteed, which has a negative impact on the motivation and the performance of HRH.
- There are few measures to stimulate individual performance (productivity and quality) or of teams, for example with reference to supervision, continuous education, or financial and professional incentives.

With regard to policies and management:

- All countries already adopted a plan of development of HRH (Mozambique, Cape Verde) or are in the preparatory phase (Angola, Guinea Bissau, Sao Tome and Principe). These plans do not always have the support of other critical actors for implementation (through mechanisms of multisectoral coordination), such as the ministry of education, finance, or public administration.
- No country has an information system on HRH that generates reliable and up-to-date data on the stock of HRH (all categories, public/private, in training, assets/non-active). There are no forecasting systems nor monitoring of the evolution of the health personnel.
- The capacity for management is weak because of the lack of manager training programmes (at strategic and operational level) and of technicians (statistical, demographic, economic analysis) in the field of HRH.

With regard to financing of HRH development:

- With the possible exceptions of Cape Verde and Angola, the countries have no financial capacity for rapid scale up of its HRH, regardless of other obstacles. The mobilization of internal and external funds is going to require a considerable effort of analysis of the current situation and of justified definition of needs.
- Obtaining already available financial resources (EU, Global Fund, GAVI, Gates, for example) is not at an optimal level.

3.
The way forward

The possible collaboration among PALOP countries in cooperation with international and national technical agencies can open the way for mutual benefits in areas such as:

- the construction of information systems capable of putting the data and information at the disposal of organizing entities and decision makers which are needed to set priorities and effective strategies for utilization of HRH;
- the exchange of experiences and lessons learned in the efforts to improve competencies and performance of HRH and in the identification of intervention options *(policy options)*;
- the development of capacity for management of HRH by training managers and developing management tools;
- the strengthening of capacity for mobilization of financial resources.

Summary

Tables

TABLE 1- COMPOSITION OF THE STOCK OF THE HEALTH WORKFORCE

THE TOTAL STOCK OF WORKERS IN HEALTH INCLUDES THE FOLLOWING CATEGORIES		
Active skilled workers	- The ones that have employment	In the health sector: • that provide health services • that provide other services In another sector.
	- The ones that are willing to work but have no employment	
Non-active skilled workers	• Retired • Left the market (disease, do not want to work)	
Non-skilled active workers	- The ones that have employment	In the health sector: • that provide health services • that provide other services In another sector
	- The ones that are willing to work but have no employment	
Non-skilled workers non-active	• Retired • Left the market (disease, do not want to work)	
Informal providers	People without a recognized qualification that provide services outside the formal institutions: traditional midwives, drug vendors, healers, among others.	

TABLE 2 - QUALIFIED HEALTH WORKERS IN PALOP, MOST RECENT YEAR

INDICATOR	ANGOLA (YEAR)	CAPE VERDE (YEAR)	GUINEA BISSAU (YEAR)	MOZAMBIQUE (YEAR)	STP (YEAR)
Physicians per 10 000 pop...	0,0077 (2004)	4,5 (2006)	0,98 (2007)	0,44 (2006)	5,0 (2004)
Medical technicians per 10 000 pop.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Nurses per 10 000 pop.	0,1190 (2004)	9,3 (2006)	5,78 (2007)	2,20 (2006)	19 (2004)*
Midwives per 10 000 pop.	0,43 (1997)	N/A	1,37 (2007)	N/A	N/A
Other nursing personnel by 10 000 pop.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Laboratory technicians per 10 000 pop.	0,0144 (2004)	N/A	1.03 (2007)	0,43 (2006)	3 (2004)
Pharmacists per 10 000 pop.	0,021 (1997)	<1 (2006)**	0,15*** (2007)	0,41 (2006)	2 (2004)
Other skilled personnel by 10 000 pop.	0,002 (2004)	N/A	N/A	N/A	31 (2004)
Ratio nurses per physicians (%)	16,9 (2004)	2 (2006)	6,70 (2007)	5,0 (2006)	2,92 (2000)
Percentage of foreign physicians (%)	23,2 (2003)	16	N/A	30,8 (2006)	N/A
Ratio of HRH unskilled/ qualified (%)	N/A	N/A	0,40 (2007)	N/A	N/A

*Includes midwives; ** Pharmacy personnel; ***Technicians of pharmacy.

TABLE 3 - DEMOGRAPHIC STRUCTURE, BODY OF HEALTH WORKERS, PALOP, MOST RECENT YEAR

INDICATOR	ANGOLA (YEAR)	CAPE VERDE (YEAR)	GUINEA BISSAU (YEAR)	MOZAMBIQUE (YEAR)	STP (YEAR)
Ratio men/women, physicians	N/A	N/A	3,23 (2007)	N/A	N/A
Ratio men/women, technicians of medicine	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Ratio men/women, nurses	N/A	N/A	0,82 (2007)	N/A	N/A
Ratio men/women, midwives	N/A	N/A	0 (2007)	N/A	N/A
Ratio men/women, another nursing personnel	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Ratio men/women, laboratory technicians	N/A	N/A	0,76 (2007)	N/A	N/A
Ratio men/women, pharmacists	N/A	N/A	0,8* (2007)	N/A	N/A
Ratio men/women, another skilled personnel	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Percentage of personnel aged 50 years+, physicians	N/A	4,2	N/A	16,5[2]	N/A
Percentage of personnel aged 50 years+, nurses	N/A	0,25	N/A	21,7[3]	N/A

* Pharmacy technicians
[2] Scale of Age of the Staff Members of SNS in 30.06.2007, Office of the Director of Human Resources, Ministry of Health
[3] Idem

TABLE 4 - INDICATOR OF GEOGRAPHICAL DISTRIBUTION OF HEALTH WORKERS IN PALOP, MOST RECENT YEAR

INDICATOR	ANGOLA (YEAR)	CAPE VERDE (YEAR)	GUINEA BISSAU (YEAR)	MOZAMBIQUE (YEAR)	STP (YEAR)
Ratio of higher density by lower physician density by region[4]	288,5 (2002)	8,1 (2007)	6,37 (2007)	23,5 (2007)	N/A
Ratio of higher density by lower nurse density by region	18,9 (2002)	4,4 (2005)	11,98 (2007)	3,6 (2007)	N/A
Ratio of higher density by lower medicine technician density	N/A	6,9* (2005)	N/A	N/A	N/A
Ratio of higher density by lower midwife density	N/A	4,3 (2005)	8,14 (2007)	N/A	N/A
Ratio of higher density by lower density of another nursing personnel	N/A	12,8** (2005)	N/A	N/A	N/A
Ratio of higher density by lower laboratory technician density	N/A	2,1*** (2005)	N/A	N/A	N/A
Ratio of higher density by lower pharmacist density	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Ratio of higher density by lower density of another skilled personnel	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

* Health agents; ** Nursing auxiliary; ***Laboratory high-level technicians.
[4] The largest regional division was used (usually the province). Data on the smaller regions (districts) are presented in the monographs of each country.

TABLE 5 - EDUCATION OF HEALTH WORKERS IN PALOP (MOST RECENT YEAR)

INDICATOR	ANGOLA (YEAR)	CAPE VERDE (YEAR)	GUINEA BISSAU (YEAR)	MOZAMBIQUE (YEAR)	STP (YEAR)
Number of colleges and medical schools	2 (2008)	0 (2008)	1 (2008)	2 (2008)	0
Number of medical study seats	N/A	-	N/A	N/A	IN THE
Number of medicine graduates	N/A	-	10 (2006)	935 (2005)	N/A
Number of colleges and nursing schools	N/A	3 (2008)	1 (2008)	1 (2008)	1 (2008)
Number of nursing study seats	N/A	N/A	4,33 * (2007)	N/A	N/A
Number of nursing graduates	N/A	100 (2005)	62 (2006)	128** (2005)	N/A
Number of faculties and pharmacy schools	N/A	0 (2008)	N/A	1 (2008)	1 (2008)
Number of pharmacy study seats	N/A	-	N/A	N/A	N/A
Number of pharmacy graduates	N/A	-	N/A	120 (2005)	N/A
Number of colleges and medical technician schools	N/A	0 (2008)	N/A	1† (2008)	1 (2008)
Number of medical technician seats	N/A	-	N/A	N/A	N/A
Number of medical technician graduates	N/A	-	N/A	26 (2005)	N/A
Number of colleges and laboratory technician schools	N/A	0 (2008)	1 (2008)	1 (2008)	1 (2008)
Number of laboratory technician study seats	N/A	-	N/A	N/A	N/A
Number of laboratory technician graduates	N/A	-	N/A	N/A	N/A

* Refers to the number of candidates for number of vacant study seats;
** Includes graduations in nursing, maternal health nursing, and paediatric nursing;
† Concerns surgery technicians

TABLE 6 - AVERAGE SALARY LEVEL (IN USD) COMPARED WITH GDP PER CAPITA IN THE PALOP COUNTRIES (LATEST YEAR AVAILABLE)

INDICATOR	ANGOLA[1] (YEAR)	CAPE VERDE[2] (YEAR)	GUINEA BISSAU[3] (YEAR)	MOZAMBIQUE[4] (YEAR)	STP[5] (YEAR)
Physicians	1,718* (2007)	1,132.84** (2007)	NA	515 (2006)	NA
Medical technicians	NA	----------	NA	NA	NA
Nurses	764*** (2007)	638**** (2007)	NA	310# (2006)	NA
Midwives	NA	NA	NA	NA	NA
Other nursing staff	NA	NA	NA	NA	NA
Laboratory technicians	NA	NA	NA	170# (2006)	NA
Pharmacists	NA	NA	NA	NA	NA
Other qualified staff	NA	NA	NA	NA	NA

[1] GDP per capita = 3,756.0 USD (2007); [2] DDP per capita = 2,925.0 USD (2007) [3] GDP per capita = 213.0 USD (2007); [4] GDP per capita = 397.0 USD (2008); [5] GDP per capita = 922.0 USD. All GDP data taken from the World Economic Outlook Database, IMF.
*Arithmetic average of minimum and maximum salaries of each category; ** Generalist medical practitioners; *** Arithmetic average of minimum and maximum salaries of superior, graduated, general and assistant nurses; **** Generalist nursing practitioners.
It does not include subsidies, which can double the total remuneration.

TABLE 7 - HRH POLICIES, PALOP IN 2008

INDICATOR	ANGOLA	CAPE VERDE	GUINA BISSAU	MOZAMBIQUE	SÃO TOMÉ AND PRINCE
Written policy for development of HRH (definition of the large orientations, of the roles of several actors)	Yes	Yes	Yes	Yes	Unknown
Multi-year plan of development of HRH (definition of the goals, activities, resources to mobilize)	Yes	Yes	Yes	Yes	Unknown
Forecasts of growth of the education and recruitment of health workers	Unknown	No	Yes	Yes	Unknown
Medium-term fiscal scenario	Unknown	No	Unknown	Yes	Unknown
Plan of strengthening and/ or expansion of the institutions (policy relative to the ope-ning of training institutions)	Yes	No	No	Yes	Unknown
Training Plan for HRH	Unknown	N/A	Foreseen international consultancy 2009	Yes	Unknown
Policy or mechanism of appraisal of the quality of the training of HRH (system of accreditation)	No	No	Unknown	Yes	Unknown
Policy or mechanism of appraisal of the quality of professional practices (system of accreditation, professional advice)	Unknown	No	Unknown	Yes	Unknown

TABLE 8 - MANAGEMENT OF STAFF OF HRH IN PALOP, IN 2008.

INDICATOR	ANGOLA	CAPE VERDE	GUINEA BISSAU	MOZAMBIQUE	SÃO TOMÉ AND PRINCE
Capacity to contract (low, medium, high)	N/A	Medium	Medium	Little	N/A
Ability to dispense	N/A	Low	Low	Low-medium	N/A
Autonomy on maps of personnel and distribution of personnel at institutional level	N/A	Low	Low	Highly dependent on the central level	N/A
Autonomy of the Ministry of Health on recruitment	N/A	Medium	Elevated	Highly dependent on the central level	N/A
Decentralizing autonomy on recruitment	N/A	No	No	No	N/A
Autonomy of the Ministry of Health on transfers	N/A	Elevated	Elevated	Highly dependent on the central and Provincial level	N/A
Autonomy on decentralizing transfers	N/A	No	No	No	N/A
Autonomy of the Ministry of Health on promotions	N/A	Elevated	Medium	Highly dependent on MISAU and of the financial availability	N/A
Autonomy on decentralizing promotions	N/A	No	Low	No	N/A
Autonomy of the Ministry of Health on resource placement	N/A	Medium	Elevated	Dependent on MPF, MISAU, Provincial Government	N/A
Autonomy on decentralizing resource placement	N/A	No	No	Partial, restricted only to HRH non-skilled	N/A
Existence of initiatives lengthened of the public sector relatively to HRH	N/A	No	Low	Some, in particular the Plan of Acceleration of Training 2006 to 2009	N/A
Requirement of formation in management for managers of HRH	N/A	No	Low	No	N/A

TABLE 9 - TOOLS OF ADMINISTRATION OF HRH IN PALOP, IN 2008

INDICATOR	ANGOLA	CAPE VERDE	GUINEA BISSAU	MOZAMBIQUE	SÃO TOMÉ AND PRINCE
Files with registers of the history of the employee	N/A	Yes	Yes	Yes	N/A
Directives to consult the personal files	N/A	Yes	No	Yes	N/A
Manual on personnel administration	N/A	No	No	Yes	N/A
Documented and accessible performance appraisal directives	N/A	Yes	No	Yes	N/A
System of classification of careers that identifies clearly the types of functions and the progression in the career	N/A	Yes	Yes	Yes	N/A
Directives for forms and procedures for approval of recruitments, promotions, and transfers	N/A	Yes	Yes	Yes	N/A
Directives for forms and disciplinary procedures, complaints and dismissal	N/A	Yes	Yes	Yes	N/A
Registers of morbidity	N/A	Yes	Yes	Yes	N/A
Registers of absenteeism	N/A	Yes	No	Yes	N/A
Supervisory visits to the health units	N/A	No	No	Yes	N/A
Continuing education of HRH managers	N/A	No	No	Yes	N/A

TABLE 10 - CHARACTERISTICS OF THE INFORMATION SYSTEMS FOR HRH IN PALOP, IN 2008

INDICATOR	ANGOLA[5]	CAPE VERDE	GUINEA BISSAU	MOZAMBIQUE	SÃO TOMÉ AND PRINCE
The country has adequate legislation that provides a structure for the health information.	Inadequate	Inadequate	Adequate	Adequate	N/A
The Ministry of Health has key capacity in areas of information sciences (epidemiology, demography, statistics, information and treatment and communication of information).	Inadequate	No	Partially adapted	Partially Adequate	N/A
A central functional administrative unit is established in the Ministry of Health that conceives, develops, and supports the collection, management, analysis, dissemination, and utilization of health information, including the information on HRH.	Inadequate	Inadequate	Does not exist	Inadequate	N/A
In the previous year training activities were carried out for the personnel of the information system on HRH both at national and regional levels.	N/A	No	No	Partially adapted	N/A

TABLE 10 - CHARACTERISTICS OF THE INFORMATION SYSTEMS FOR HRH IN PALOP, IN 2008

INDICATOR	ANGOLA[5]	CAPE VERDE	GUINEA BISSAU	MOZAMBIQUE	SÃO TOMÉ AND PRINCE
Assistance is available, at the national and regional levels, for the conceptualization, management and support for databases and software.	N/A	Does not exist	Does not exist	Inadequate	N/A
Necessary materials are available (forms, pencil, paper and other) to registers of information.	N/A	Yes	No	Adequate	N/A
Computers are available at national, regional and district levels to permit compilation of information.	N/A	Yes	Inadequate	Inadequate	N/A
There is a basic structure for information exchange and communication (telephone) at the national, regional and district level.	N/A	Yes	No	Adequate	N/A
There is a basic structure of information and communication (access the Internet and E-mail) at national, regional and district level.	N/A	No	Only at central level	Inadequate	N/A
There is a HRH database that monitors the number of health professionals by the principal professional categories that work in the public as well as in the private sector.	Inadequate	Does not exist	Adequate	Adequate	N/A
There is a national database that monitors the number of graduations per year of all the training institutions in the area of health.	Inadequate	Does not exist	Does not exist	Does not exist	N/A
Human resources available to maintain and bring up to date national HRH data.	N/A	Does not exist	Does not exist	Inadequate	N/A
Time elapsed from the last updating of the database.	N/A	N/A	Less than 1 month	Less than 1 year	N/A
There is a procedure written for the management of the data that includes the collection, preservation, cleaning, quality control, analysis, and presentation of the data implemented throughout the country.	N/A	N/A	Does not exist	Partially adapted	N/A

[5] Based on the document: (2005). *Angola Health System Assessment*

Introdução: O Projecto CE/PIR-PALOP

Dussault G, Fronteira I, Dal Poz M, Dreesch, N

É amplamente reconhecida a importância dos recursos humanos da saúde (RHS) para o desempenho dos sistemas de saúde, para a qualidade do atendimento e para o cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. A redução dos RHS é global, porém mais aguda na África subsaariana, onde a magnitude do problema já atingiu níveis críticos. A Comissão Europeia resumiu a situação no documento *Estratégias de acção para a crise de Recursos Humanos para a Saúde nos países em desenvolvimento (COM (2005) 642). A situação foi amplamente descrita no Relatório Mundial da Saúde 2006,* OMS, 2006, que estimou um défice global de aproximadamente 4,3 milhões de trabalhadores (as) de saúde, principalmente médicos, enfermeiras e parteiras. A Comissão Europeia tem demonstrado o seu empenho no combate a esta crise através do *Programa de Acção Europeu para enfrentar a crise dos trabalhadores de saúde nos países em desenvolvimento,* 2007-2013 [COM 2006/870], que foi endossado pelo Conselho Geral de Relações e Assuntos Externos e pelos Representantes dos Governos dos Estados Membros reunidos no dia 14 de Maio de 2007.

Dos 57 países que sofrem de um défice crítico dos RHS, 36 encontram-se em África. Três dos PALOP (Moçambique, Angola, e Guiné Bissau) estão entre estes países embora todos enfrentem sérios desafios para o desenvolvimento desses recursos. Os países têm vindo a comprometer-se na solução do problema. A sua maioria tem desenvolvido planos e estratégias para o desenvolvimento dos RHS mas todos enfrentam grandes desafios na sua implementação. Alguns destes planos já estão desactualizados e necessitam de revisão. Do mesmo modo, é necessário analisar a sua exequibilidade, assim como a capacidade operacional, financeira, política e técnica para a sua concretização.

O objectivo geral do projecto CE/PIR-PALOP é a melhoria das condições de saúde da população por meio da melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos nos PALOP sendo seu objectivo específico a melhoria da capacidade nacional e regional desses países para o desenvolvimento dos RHS.

O projecto visa atender às necessidades identificadas para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde como diagnosticadas através de um longo processo de análise com os respectivos países, mas também a nível sub-regional dos PALOP. Corresponde às vontades nacionais e dos diversos parceiros na abordagem destas intervenções, de forma a assegurar a criação de uma rede entre os PALOP que promova o diálogo e a sinergia entre eles e com os países fora da região e com as plataformas apropriadas.

Um componente do programa, relativo às actividades de informação e documentação, será desenvolvido em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), como resultado do trabalho feito em conjunto, durante os últimos anos, pela área de recursos humanos da OMS (Brazzaville e Genebra) com a ECAid (Bruxelas e Luanda). O processo de formulação do projecto foi con-

cluído em meados de 2008 e a aprovação e assinaturas finais entre os organismos participantes foram obtidas em Agosto de 2008.

Os resultados esperados deste componente são os seguintes:
a. Fortalecimento da capacidade nacional dos PALOP para o desenvolvimento e implementação das políticas de RHS.
b. Sistemas de informação em RHS desenvolvidos e fortalecidos nos PALOP, incluindo mecanismos de intercâmbio e cooperação entre os países e os observatórios de RHS em África.
c. Sistemas de formação avaliados e programas de cooperação técnica desenvolvidos.
d. Reforço, nas instituições relevantes nos PALOP, do acesso à informação e ao conhecimento sobre saúde, em português.

Como actividades iniciais desta colaboração, propuseram-se:
- A revisão da avaliação existente dos RHS nos PALOP, assim como das políticas, estratégias, planos de acção e níveis de execução já existentes. Isso proporcionará um mapa e um inventário dos recursos disponíveis e da situação actual, servindo de base para discutir futuras actividades (linha de base);
- A organização de uma reunião internacional com representantes dos departamentos de RHS, dos Ministérios da Saúde, responsáveis da CE da Delegação de Luanda e do governo de Angola relacionados ao projecto, com o pessoal relevante dos escritórios da OMS nos países, em Brazzaville e Genebra e também com parceiros-chave nos PALOP. Esta reunião tem o objectivo de rever a situação actual e discutir estratégias para melhorar a capacidade nacional para desenvolver e implementar políticas de RHS. O encontro também possibilitará a definição de futuras actividades e acções, tanto a nível nacional como a nível internacional.

A elaboração da presente análise foi solicitada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical, tendo em vista a primeira actividade inicial referida e a preparação do Seminário Regional "Apoio ao desenvolvimento dos recursos humanos de saúde nos PALOP", que reuniu os Directores dos Departamentos de Recursos Humanos em Saúde dos PALOP, representantes das agências financeiras, da OMS e da União Europeia.

O relatório fornece os dados disponíveis sobre a força de trabalho em saúde nos PALOP. Tem como objectivo ajudar os responsáveis e seus parceiros a identificar as necessidades de intervenção, de forma a melhorar a capacidade nacional e regional para o desenvolvimento dos recursos humanos de saúde.

Foi solicitado ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) a preparação de uma descrição actualizada da força de trabalho em saúde em cada um dos PALOP (**Angola / Cabo Verde / Guiné Bissau / Moçambique/ São Tomé e Príncipe**) a partir da documentação disponível. Foi também pedida uma avaliação rápida ("rapid assessment") dos sistemas de informação para RHS em cada um dos PALOP e das condições de implementação das bibliotecas virtuais sobre saúde (no âmbito do ePORTUGUÊSe[1]).

[1] Programa da OMS visando melhorar o acesso à informação e ao conhecimento sobre saúde em português, nas instituições nos PALOP.

O método de trabalho consistiu em:
- Inventariar os documentos relevantes (planos de RHS, políticas, estratégias, relatórios de investigação) através de pesquisa na internet e do contacto directo com os Ministérios da Saúde e a Organização Mundial da Saúde;
- Elaborar uma estrutura de colheita de dados e de redacção de monografias por país baseada em guias de análise de situação dos recursos humanos (Bossert et al, 2007) e de sistemas de informação em saúde (Health Metrics Network, 2008). A estrutura foi pensada de modo a permitir a caracterização, de forma comum aos cinco países, da situação dos recursos humanos e do sistema de informação sobre saúde. Para o levantamento da situação das bibliotecas virtuais foram utilizadas as directrizes existentes na Organização Mundial da Saúde. ePORTUGUÊSe. http://www.who.int/eportuguese/en/ (acedido em 3.11.2008).
- Sintetizar a informação disponível para cada país, de acordo com a estrutura única definida, de modo a tornar possíveis as comparações;
- Sintetizar, para os 5 PALOP, comentários e indicações sobre as políticas prioritárias e as necessidades de informação.

As fontes de dados sobre recursos humanos da saúde utilizadas têm níveis de actualização e abrangência variáveis, pelo que não é possível apresentar um retrato completo para cada país. Este facto realça as fraquezas dos sistemas de informação, que comentaremos posteriormente. Este trabalho, realizado no período de um mês (Novembro de 2008), não incluiu uma colheita de dados primários nos países, o que teria permitido actualizar alguns dados, acrescentar outros não disponíveis na documentação recolhida e validar os agora apresentados.

Ainda assim, foi solicitado, a cada um dos países, que revisse e comentasse os dados apresentados, pelo que a informação apresentada inclui já os resultados dessa etapa.

O texto encontra-se dividido em 6 capítulos. Os primeiros 5 capítulos dizem respeito à análise situacional para cada um dos países (respectivamente, Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe). No último capítulo é apresentada uma síntese final e comparativa da situação dos RHS nos 5 países.

I.

Ponto da Situação para ANGOLA

Fronteira I, Guerreiro C, Dussault G

1. Introdução

Situada na costa ocidental do continente africano, Angola é uma das antigas colónias portuguesas, colonizada no séc. XV. É um dos maiores países africanos, tendo uma superfície territorial de 1.2 milhões de km².

A independência de Angola deu-se em 1975 e o país não conheceu a paz desde 1961 até 2002, primeiro em virtude da luta contra o regime colonial português e depois como consequência da guerra civil que eclodiu em 1975, colocando em frentes opostas os principais partidos de Angola que anteriormente tinham integrado juntos os movimentos de libertação. Desde 1975 o poder político manteve-se na posse do Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), tendo, porém, o partido de oposição – União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA) dominado parte do território até ao final da guerra civil. As eleições de 5 e 6 de Setembro de 2008 foram as primeiras a decorrer desde 1992.

Actualmente o poder político de Angola está centrado na Presidência. O ramo executivo do Governo é composto pelo Presidente, 1º Ministro e Conselho de Ministros. Cabe ao presidente nomear os governadores das 18 províncias do país[2] . A longa exposição à guerra trouxe consigo um profundo impacto negativo no desenvolvimento nacional e, mais concretamente, na saúde da população, com consequências graves ao nível dos recursos humanos e infra-estruturas de saúde.

Em 2005, estimava-se a taxa anual de crescimento da população em 2,8%. A população urbana perfazia 53,3% do total populacional. Cerca de 46,4% da população tinha idade inferior a 15 anos. A população com mais de 65 anos representava 2,4%[3] (2005).

Um grande desafio que se coloca a Angola, neste momento, é a integração dos refugiados e deslocados internos. Desde 2002 já regressaram ao país, ou à sua região de origem, 4 milhões de deslocados internos e 333 000 refugiados. Segundo um estudo realizado pelo governo angolano, em cooperação com as Nações Unidas (NU) (2003)[4] , 91 000 deslocados internos vivem ainda num limbo e encontram-se maioritariamente nas províncias de Cabinda, Huíla, Kuando-Kubango, Luanda e Moxico. Poucos vivem já em campos de refugiados. A maioria encontrou abrigo temporário junto das suas famílias, amigos ou em vilas a caminho da sua terra.

1.1 Ambiente macroeconómico

A dívida externa de Angola, em 2001, foi estimada em cerca de 11 biliões de dólares o que equivale a 1,5 vezes o seu Produto Interno Bruto (PIB) e cerca de 2 vezes o nível de exportações do país[5].

Integrando o grupo dos países mais pobres, em 2002, Angola ocupou o 161º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano do PNUD, em 2005 o 166º lugar e em 2007 desceu ao 162º lugar entre 177 países. Angola confronta-se com o que se poderá chamar "paradoxo da potencialidade" – poderia ser um país africano onde a erradicação da pobreza teria uma perspectiva viável a médio prazo, mas a realidade não demonstra a concretização deste desejo[6].

Segundo maior exportador de petróleo em África, Angola é um dos países mais ricos do mundo. Possui jazidas de diamantes localizadas perto do Dundo, no distrito de Luanda. É rica noutros minerais, como o ferro. Possui também jazidas de cobre, fosfatos, sal, mica, chumbo, estanho, ouro, prata e platina. Importantes jazidas de petróleo foram descobertas em 1966, ao longo de Cabinda, assegurando ao país a auto-suficiência. Em 1975 foram localizados depósitos de urânio perto da fronteira com a Namíbia.

A economia de Angola caracteriza-se por ser predominantemente agrícola, sendo o café a sua principal cultura. Seguem-se-lhe a cana-de-açúcar, o sisal, o milho, o óleo de coco e de amendoim. Entre as culturas comerciais, destacam-se o algodão, o tabaco e a borracha. A produção de batata, arroz, cacau e banana é relativamente importante. Os maiores rebanhos são de gado bovino, caprino e suíno. As principais indústrias do território são as de beneficiamento de oleaginosas, cereais, carnes, algodão e tabaco. Merece destaque, também, a produção de açúcar, cerveja, cimento e madeira, além da refinação de petróleo. Entre as indústrias destacam-se as de pneus, fertilizantes, celulose, vidro e aço. O parque fabril é alimentado por cinco centrais hidroeléctricas, que dispõem de um potencial energético superior ao consumo. Apesar das riquezas naturais, Angola enfrenta grandes obstáculos na sua reconstrução devido aos 27 anos de guerra civil, a qual matou 1,5 milhões de pessoas e deslocou mais de 4 milhões[7].

A vastidão de recursos do país torna-se um atractivo ao investimento internacional, num país a necessitar ainda de uma consolidação de base e de uma aposta no desenvolvimento sustentável.

Os indicadores de desenvolvimento humano (2005)[8] reflectem a realidade de pobreza vivida em Angola:

---

[2] Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Cuando-Cubango, Kwanza-Norte, Kwanza-Sul, Cunene, Huambo, Huíla, Luanda, Lunda-Norte, Lunda-Sul, Malanje, Moxico, Namibe, Uíge, e Zaire.

[3] *Human Development Report 2007/2008.*

[4] United Nations System in Angola, (2002). *Angola: The post-war challenges common country assessment.*

[5] Fustukian, Suzanne; (2004). *Review of Health Service Delivery In Angola.*

[6] Idem.

[7] Idem.

[8] Projecto AMI, (2006). *Promoção da saúde e da segurança alimentar no município de Gambos, Angola.*

- A pobreza abrange cerca de 68% da população, havendo 26% em situação de pobreza extrema;
- 42% das crianças não vão à escola;
- Apenas 38% da população tem acesso a água potável;
- 59% dos angolanos não tem acesso a saneamento básico;
- 50 % da população não tem electricidade.

Subsistem problemas como os elevados níveis de insegurança, uma acentuada fragilidade no respeito pelos direitos humanos, a destruição de infra-estruturas e baixos níveis de transparência e de responsabilidade social. O Governo de Angola aprovou, em Janeiro de 2004, como estratégia de combate à pobreza, a Estratégia de Luta contra a Pobreza (ECP), pelo período 2003-2008, em 10 áreas prioritárias de intervenção. São elas: reinserção social; segurança e protecção civil – desactivação de minas e engenhos; segurança alimentar e desenvolvimento rural; VIH/SIDA; educação; saúde; desenvolvimento de infra-estruturas básicas; emprego e formação profissional; governação e gestão macroeconómica. Concretamente, em relação ao sector da saúde, foram estabelecidas as seguintes prioridades:

- Aumentar e melhorar o acesso aos cuidados primários de saúde, com destaque para a saúde materno-infantil;
- Melhorar a qualidade dos serviços existentes dando ênfase à formação, supervisão e disponibilização de medicamentos essenciais, assim como ao reforço do diagnóstico das doenças mais comuns, com destaque para a malária, tuberculose e doenças possíveis de prevenir através da vacinação;
- Controlar a propagação das DST/VIH/SIDA;
- Reforçar os níveis provincial e municipal no domínio da gestão e planeamento[9].

Segundo o Programa Alimentar das Nações Unidas (2005)[10] os maiores obstáculos para a reconstrução do país são:

- Perda de capacidades das pessoas que foram forçadas a abandonar as suas terras durante décadas;
- Infra-estruturas deficitárias. Muitas zonas de Angola estão quase inacessíveis. Este problema afecta a distribuição dos serviços de saúde e educação pelo país, aumenta o preço dos transportes, o que provoca o aumento do preço de bens de primeira necessidade e dos medicamentos, afectando também a distribuição de água e electricidade e não permitindo aos agricultores a inserção no mercado;
- Angola ser um dos países com maior número de minas anti-pessoais na África Subsaariana, de acordo com as Nações Unidas;
- A corrupção: em 2005, a Transparency International colocava Angola em 151º lugar num ranking de 159 países (em que o nº 1 é o país menos corrupto);
- Perda de produtividade do solo;
- As secas e inundações periódicas.

[9] United Nations System in Angola, (2002). Angola: *The post-war challenges common country assessment.*

[10] Projecto AMI, (2006). *Promoção da saúde e da segurança alimentar no Município de Gambos, Angola.*

1.2 Sistema de saúde angolano

Apesar do esforço dos últimos anos, o **sector da saúde** continua sub-financiado, o que não tem permitido avanços consistentes, sobretudo nas zonas mais isoladas. O total das despesas com a saúde está calculado em 5% do PIB[11]. Os gastos governamentais com a saúde atingem apenas os 4.1% do total dos gastos, o que é relativamente baixo mesmo quando comparado com a média dos países da África Subsahariana - 9.5%. A despesa pública com a saúde era, em 2005, de 1,5% do PIB enquanto que com a educação representava 2,6% e com a despesa militar 5,7%[12].

O **Sistema de Serviços de Saúde de Angola** tem três níveis. O primeiro nível é constituído por centros de saúde / hospitais municipais, rurais e urbanos e ainda por centros de saúde de empresas num total de 228. Deste 1º nível fazem também parte os postos de saúde e as unidades sanitárias de empresas, num total de 1453. O segundo nível é constituído por Hospitais Gerais, de domínio provincial, num total de 32. O terceiro nível é constituído pelos Hospitais Centrais, sendo estes de referência nacional, num total de 8[13].

O Quadro 1 apresenta os valores de alguns indicadores sócio-demográficos e macroeconómicos para Angola, em dois tempos diferentes, sendo que o mais recente representa o último ano disponível (ver também anexo).

1.3 Padrões de morbilidade e mortalidade

Angola tem dos piores indicadores de saúde da África subsaariana. A esperança média de vida era, em 2003, de 40 anos[15]. Dados mais recentes apontam para o valor actual de 41,7 anos (2005)[16].

Um quarto das crianças morre antes dos cinco anos (UNICEF,2003)[17]. Um pequeno número de doenças (malária, diarreia, infecções respiratórias, sarampo) é responsável pela morte de 60% das crianças, apesar de estas doenças poderem ser facilmente prevenidas ao nível dos cuidados primários de saúde e de melhores práticas de higiene em casa.

A malária é isoladamente a maior causa de mortalidade e morbilidade infantis em Angola e o maior problema de saúde

[11] Fustukian, Suzanne; (2004). *Review of Health Service Delivery In Angola.*

[12] *Human Development Report 2007/2008.*

[13] (2008). *BBV e ePORTUGUÊSe, Como melhorar o acesso à informação científica e à saúde.*

[15] Direcção Nacional de Saúde Pública. *Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno Infantil em Angola 2004-2008,* Ministério da Saúde de Angola.

[16] *Human Development Report 2007/2008.*

[17] Direcção Nacional de Saúde Pública. *Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno Infantil em Angola 2004-2008,* Ministério da Saúde de Angola.

pública. Anualmente são diagnosticados 1,4 a 2 milhões de casos em todo o país e, em 2002, 66% desses casos deram-se em crianças com menos de 5 anos[18]. O tratamento anti-malárico nem sempre está disponível na rede de saúde e não está padronizado em todas as unidades de saúde. Além disto, apesar de importantes campanhas de promoção e educação, a grande maioria do público não usa redes mosquiteiras. O Estudo de Indicadores Múltiplos (MICS) de 2001 constatou que, a nível nacional, apenas 10% das crianças com menos de 5 anos dormiam com rede mosquiteira e somente 2% usavam um mosquiteiro tratado com insecticida.

Segundo a OMS (2006)[19], as principais causas de morte de crianças com idade inferior a 5 anos no período de 2000-2003 foram a pneumonia (29%), as causas neonatais (22%), a diarreia (19%), a malária (8%), o sarampo (5%), o VIH/SIDA (2%), as feridas / traumatismos (1%), entre outras (17%). Já para a totalidade da população, a mesma fonte refere as dez causas de morte como sendo diarreia, infecções respiratórias baixas, VIH/SIDA, causas perinatais, malária, malnutrição, acidentes de viação, problemas cerebrovasculares, problemas cardiovasculares e sarampo.

Salienta-se porém a malnutrição como a maior causa associada à mortalidade. Como consequência da guerra, cerca de 3 milhões de pessoas foram deslocadas para os centros urbanos, desencadeando-se uma emergência humanitária nutricional de magnitude nacional[20].

Existem três grupos de causas que determinam a desnutrição: a escassa segurança alimentar na família; o acesso insuficiente a cuidados primários de saúde associado ao acesso limitado a água potável e saneamento básico e os cuidados insuficientes ou inadequados às crianças e mulheres[21]. A desnutrição afecta metade da população de Angola com idade inferior a 5 anos, sendo causa associada de morte em 2 de cada 3 óbitos nesta faixa etária[22].

As taxas de doenças diarreicas agudas são elevadas, particularmente nas zonas rurais onde cerca de 60% das casas não têm acesso a água potável e 75 % não dispõem de saneamento básico[23].
Os grandes factores que estão na origem destes problemas são a pobreza e a desorganização social. Segundo a fonte anteriormente citada, para o agravamento dos mesmos contribuem ainda uma série de outros factores:

- Falta de capacidade institucional em todos os níveis do sistema nacional de saúde;
- Falta de financiamento para o sector da saúde;
- Estruturas sanitárias concentradas nos grandes centros urbanos;
- Gestão deficiente dos recursos humanos e recursos da saúde. Setenta por cento dos médicos está concentrado na capital; há falta de enfermeiros e de prestadores de cuidados primários de saúde. Há grande carência de médicos nas zonas rurais;
- Falta de formação do pessoal de saúde;
- Falta de supervisão ao nível municipal e provincial;
- Falta de fornecimento de medicamentos e outros equipamentos;
- Falta de materiais ao nível da gestão hospitalar.

No período de 1996/2005 cerca de 31% das crianças com idade inferior a 5 anos apresentavam baixo peso para a idade. Estima-se que entre 1998 e 2005, 12% das crianças tenha nascido com baixo peso. Entre 1990 e 2004 verificou-se um discreto aumento de 29% para 31% das pessoas com acesso a saneamento básico. Para o mesmo período, a população com acesso a fontes de água melhorada aumentou de 36% para 53%[24].

Em 2005, 333 em cada 100 000 angolanos tinha tuberculose[25].

Entre 1999 e 2005, 63% das crianças com idade inferior a 5 anos recebeu tratamento anti-malárico em caso de contrair a doença e 2% das crianças na mesma faixa etária beneficiaram de mosquiteiros impregnados[26].

O **Quadro 2** complementa a informação anteriormente enunciada, apresentando alguns dos indicadores dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).

Algumas doenças estão a provocar verdadeiras pandemias, como o VIH/SIDA; outras já demonstraram o seu efeito devastador em Angola, como o vírus de Marburg ou a Cólera.
Nem todas as "novas" doenças são infecciosas. A abertura de estradas traz aumentos exponenciais no número de acidentes de viação, que se têm transformado numa das principais causas de internamento e de morte em adultos jovens.

2. O estado dos RHS

Formulado pelo Ministério da Saúde (MS) de Angola no biénio 1997-1999, para deter as tendências de degradação dos Recursos Humanos de Saúde (RHS), o Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (PDRH) 1997-2007, configurava-se como uma acção concertada e planificada, que visava aproveitar de modo eficiente e eficaz os RHS. A formulação do plano teve uma abordagem multi-ministerial (Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social, o Ministério das Finanças e o Ministério do Planeamento) em que os diferentes ministérios encorajaram e contribuíram para a sua elaboração.

---

[18] Idem.

[19] (2006). *Mortality Country Fact Sheet.*

[20] (2004). *Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno-infantil em Angola 2004-2008.*

[21] Idem.

[22] Idem.

[23] Idem.

[24] *Human Development Report 2007/2008.*

[25] World Bank, (2007). *Africa Development Indicators.*

[26] Idem.

O PDRH teve por objectivos:

- Redução global dos efectivos, sobretudo dos trabalhadores de apoio, com estreitamento da base da pirâmide do pessoal e aumento das categorias intermédias e superiores;
- Melhoria das competências da força de trabalho da saúde, obtida através do aumento do número dos quadros de nível superior e médio, e da formação de melhor qualidade a todos os níveis;
- Reestruturação interna da força de trabalho, através de aumento das parteiras, dos profissionais vocacionados para os CPSs, e dos médicos especialistas;
- Redistribuição geográfica e por níveis de prestação de cuidados, de forma a melhorar o acesso aos cuidados de saúde;
- Melhoria na gestão dos recursos humanos, com vista a reduzir as sérias ineficiências operacionais, concretamente na formação e na utilização dos quadros de saúde.
- Melhoria do desempenho dos profissionais, através de uma melhor utilização dos recursos humanos disponíveis e da maior motivação dos quadros, recorrendo a aumentos salariais e à atribuição de melhores condições de vida e de trabalho[27].

Foi efectuada em 2005 uma consultoria à implementação do PDRH[28]. Desta resultaram as seguintes conclusões:

- A Direcção Nacional de Recursos Humanos (DNRH) do MINSA reorganizou-se internamente e fez formação de modo a liderar o processo de implementação do Plano, tendo sido igualmente envolvidas as Direcções e estruturas de RH ao nível provincial e dos Hospitais nacionais. Multiplicaram-se os contactos e os encontros aos diversos níveis e foram elaborados, discutidos e implementados, com as províncias, vários regulamentos e documentos instrutivos em matéria de gestão de RH que, em parte, foi descentralizada. Os concursos públicos e outras práticas de boa gestão foram sendo progressivamente incorporados no funcionamento dos serviços.
- Os salários reais dos profissionais de saúde aumentaram significativamente. A título de exemplo: em 1999 o salário base mais baixo era equivalente a 4 USD e o mais elevado (médico chefe de serviço) equivalia a 15 USD. Em Outubro de 2001, os valores ascenderam para 200 e para 1200 USD, respectivamente. Também foi revisto o sistema remuneratório, aumentado o salário de base e diminuídos os subsídios para um terço, já que estes tinham sido inflacionados.
- Depois de concluída a reconversão geral de carreiras, em 1999, foram aprovadas pelo Conselho de Ministros as carreiras especiais dos profissionais de saúde. Foi, assim, possível proceder-se à reconversão especial dos médicos (carreira hospitalar, de saúde publica e clínica geral) dos enfermeiros (carreira de enfermagem), de outros profissionais (carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica) e do pessoal de apoio hospitalar.
- No quadro do PDRH, a DNRH, através do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos – Secção de Ensino, desenvolveu, uma série de acções com o fim de reorganizar a rede de instituições públicas de formação em saúde no país:
  - suspensão de novos ingressos nos Institutos Médios de Saúde (IMS);
  - criação da 1ª Escola Técnico Profissional de Saúde (ETPS) na cidade de Lubango (Huila).
  - transformação dos 8 IMS e das 21 Escolas técnicas provinciais em 5 ETPS com âmbito regional. Além da ETPS de Huila, as outras são previstas nas províncias de Luanda, Huambo, Cabinda e Malange.
- Verificou-se que, relativamente à formação técnico profissional em saúde, não se tinha conseguido ainda atingir os objectivos do PDRH – a fraca organização da rede de instituições públicas de formação era ainda uma realidade. Para fazer frente a esta questão, a DNRH, através do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos – Secção de Formação Permanente, e com apoio de uma consultoria periódica financiada pela OMS, veio a formular uma estratégia integrada de formação contínua dos trabalhadores, articulada a nível provincial e das grandes unidades hospitalares. Em 2005, o processo encontrava-se em curso, com diferentes graus de implementação e apropriação da estratégia pelas províncias. As pós-graduações médicas também se encontravam em fase de reorganização criando-se, onde possível, condições para a formação no país e reservando para a formação no estrangeiro as áreas que não podiam ser satisfeitas localmente.

2.1 Densidade dos RHS

De acordo com os dados disponíveis da DNRH / Departamento de Administração de RH (DARH), o total de trabalhadores da saúde ultrapassa hoje os 57 mil indivíduos[29].

Os dados relativos à evolução, entre 1999 a 2003, da força de trabalho nacional indicam um aumento total de 47%. Os técnicos superiores de enfermagem foram os que registaram um maior aumento, no período em análise, 265%. Os técnicos de diagnóstico e terapêutica foram os que menos cresceram em número, 30% no período referido[30].

Regista-se uma carência extrema de médicos e uma distribuição desigual de RHS em Angola[31]. Salienta-se ainda que[32]:

- O sistema de saúde de Angola é assegurado, com graves lacunas, por pessoal técnico, com as consequentes limitações para a resolução dos problemas de saúde;
- O sistema de avaliação e organização do pessoal é incipiente;
- Verifica-se a falta de um sistema administrativo-financeiro, o que dificulta a prestação de contas;
- A formação contínua não está devidamente organizada e é escassa, não cobrindo todo o pessoal[33]. (Quadro 3)

---

[27] Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*

[28] Idem.

[29] Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*

[30] Idem.

[31] (2004). *Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno-infantil em Angola 2004-2008.*

[32] Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*

[33] Idem.

2.2
Distribuição dos RHS

Os dados disponíveis de 2003/4 sugerem que a *distribuição dos trabalhadores* por província não mudou significativamente em relação à situação que existia nos anos 90. O primado em trabalhadores colocados da cidade capital, assinalado pelo PDRH continuou em 2003/4, com 35% dos profissionais de saúde e 72% dos médicos[37].

O **Quadro 4** refere alguns dos indicadores disponíveis relativos à distribuição dos RHS (ver também o anexo).

2.3
Desempenho dos RHS

Durante a avaliação do PNDRH (Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos), concluiu-se que nenhuma avaliação formal do desempenho dos quadros de saúde tinha sido encontrada. É provável que existam estudos parciais, respeitantes a certas categorias e situações locais que merecem ser examinadas e, caso consideradas válidas, utilizadas como contributos para a apreciação da situação geral[42].

A insatisfação em relação ao desempenho dos profissionais é comum, quer entre os dirigentes do sector quer entre a população em geral[43]. Várias das intervenções promovidas pelo PNDRH podem ter contribuído para um melhor desempenho dos RHS. No entanto, e de acordo o mesmo autor, a falta de um estudo estruturado da situação de base contribuiu para que qualquer melhoria pudesse passar despercebida ou se prestasse a ser questionada pelos intervenientes[44].

Relativamente à avaliação da prestação de serviços efectuada em 2005[45], verificou-se uma baixa cobertura sanitária em paralelo com um défice de equipamentos, material e kits de medicamentos. Por outro lado, a presença de salários iguais aos da restante função pública e o facto de a ascensão profissional não ser conduzida de acordo com o desempenho e capacidade individual, são factores que contribuem para a insatisfação dos profissionais referida anteriormente.

Não foram encontrados indicadores relativos ao desempenho dos RHS (ver anexo).

Caixa 1

OS RHS NAS PROVÍNCIAS DE HUÍLA, BENGUELA, HUAMBO E BIÉ

Em 2007 foram elaborados, pelo Ministério da Saúde, os mapas sanitários das províncias de Huíla, Benguela, Huambo e Bié. Segundo estes documentos, a informação referente aos recursos humanos é de difícil tratamento. Nos registos alusivos a recursos humanos em saúde, verifica-se que, frequentemente, o local de trabalho se confunde com a categoria profissional. Por outro lado, o termo "administrativos" inclui um leque extraordinariamente amplo de trabalhadores, desde os técnicos com curso de administração, até aos trabalhadores não técnicos de saúde (administrativos, motoristas, guardas, e de limpeza, por exemplo).

Os mesmos documentos salientam a existência de um subfinanciamento crónico de algumas áreas críticas, como a manutenção da rede de serviços locais, ou áreas como transporte e comunicações vitais para o funcionamento do sistema.

Referem ainda que o financiamento dos serviços de saúde se caracteriza pela ausência do mecanismo de comparticipação – suspensa em alguns municípios e nunca implementada noutros, pelo que os serviços de saúde dependem exclusivamente do Orçamento Geral do Estado (OGE) para o seu funcionamento. Porém, em algumas províncias, como é o caso de Benguela, é praticada a **comparticipação** dos utilizadores no financiamento das despesas.

As deficiências do SIS são salientadas nos Mapas Sanitários, onde é referida a existência de muitas falhas de informação (falta de relatórios mensais, de unidades sanitárias, e ambos) e grandes diferenças na forma de notificar, arquivar e tratar as informações entre províncias e mesmo entre municípios dentro da mesma província. Aos problemas sistémicos há que acrescentar a perda de relatórios e a existência de arquivos destruídos.

Salienta-se ainda a implementação da descentralização nas diferentes províncias, o que veio alterar a sua organização e gestão.

O processo de paz trouxe consigo a integração de um número significativo de trabalhadores de saúde que anteriormente prestava serviços além do Serviço Nacional de Saúde, fosse na comunidade ou em zonas sob administração da UNITA.

2.4
Problemas transversais aos recursos humanos da saúde

Os instrumentos à disposição dos gestores para redistribuir o pessoal conforme as exigências dos serviços não são adequados[46]. De facto, os complementos salariais atribuídos aos trabalhadores transferidos para locais remotos e com difíceis condições de vida e de trabalho são modestos, certamente insuficientes para os motivar. Para aliviar este problema, as províncias adoptaram várias medidas (não especificadas pelo autor) para atrair o pessoal em falta, na ausência de normas e

---

[37] Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*

[38] Salienta-se que a indisponibilidade de dados alusivos a alguns dos indicadores é por si só reveladora das falhas aos níveis da informação em saúde e da gestão de RHS, realidade vivida de forma evidente em Angola.

[42] Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*

[43] Idem.

[44] Idem.

[45] (2005). *Angola Health System Assessment.*

Este influxo de trabalhadores repentino e não planificado tem consequências sobre os indicadores de eficiência e produtividade. Relativamente à oferta de serviços de saúde, os documentos salientam o sistema privado não lucrativo, geralmente de gestão religiosa, importante nas zonas rurais.

Província de Huila

O número total de trabalhadores da rede provincial é ligeiramente superior a 1 300, dos quais apenas 4 (menos de 1%) são médicos. Cerca de 9% dos trabalhadores são de nível médio e 58% básico. O pessoal de apoio representa 32% do total. Em conjunto, a disponibilidade é de 373 000 pessoas por médico e 1 600 habitantes por técnico qualificado (excluindo o pessoal de apoio).

Os enfermeiros básicos representam 65% de todos os técnicos qualificados. Nove municípios não têm nenhuma parteira especializada.

A área clínica é também um motivo de preocupação, com apenas 4 médicos na rede provincial (exceptuando os maiores hospitais de Lubango).

Província de Huambo

O número total de trabalhadores da rede provincial é ligeiramente superior aos 2 700, dos quais 9 (menos de 1%) são médicos. Cerca de 23% dos trabalhadores são de nível médio e 62% básicos. O pessoal de apoio representa 15% do total. Em conjunto, a disponibilidade é de 144 000 pessoas por médico e 561 habitantes por técnico qualificado (excluindo o pessoal de apoio).

Mesmo excluindo os grandes hospitais, um de cada 3 trabalhadores está colocado no Município de Huambo: 15% estão em Bailundo e 9% em Ucuma. Este último município é o mais favorecido em termos de rácio de população por técnico (1 trabalhador qualificado para cada 105 habitantes - 10 vezes superior a Kaála, o mais desfavorecido, com 1 140 habitantes/técnico). Seis municípios não dispõem de médico.

Os enfermeiros representam mais de 90% do total de técnicos. Verifica-se a escassez de quadros especializados nas áreas de laboratório, radiologia e farmácia, mas sobretudo de parteiras. Verifica-se a concentração dos escassos recursos em Huambo, compreensível para serviços como radiologia, mas menos para laboratório ou farmácia.

Província de Benguela

O número total de trabalhadores da rede provincial é ligeiramente superior a 2 500, dos quais 17 (menos de 1%) são médicos. Cerca de 21% dos trabalhadores são de nível médio e 54% básico. O pessoal de apoio representa 24% do total. Em conjunto, a disponibilidade é de 160 000 pessoas por médico e 1 400 habitantes por técnico qualificado (excluindo o pessoal de apoio).

Os municípios do interior concentram 53% do total de trabalhadores, mesmo excluindo os Hospitais de nível provincial. Depois de Benguela e Lobito (cuja disponibilidade está condicionada pela não inclusão dos grandes hospitais) os municípios mais desfavorecidos são Cubal e Ganda, com 1 700 e 1 300 habitantes por técnico, respectivamente. O município mais favorecido é Baía Farta, com um técnico para cada 440 habitantes. Caimbambo e Bocoio não dispõem de médico.

Os enfermeiros em conjunto perfazem mais de 90% dos técnicos, seguidos pelos técnicos de laboratório (4%). A área clínica é um motivo de preocupação com apenas 17 médicos na rede primária.

Província de Bie

O número total de trabalhadores da rede provincial é de aproximadamente 1 800, dos quais 14 (menos de 1%) são médicos. Cerca de 18% dos trabalhadores são de nível médio e 61% básicos. O pessoal de apoio representa 20% do total. Em conjunto, a disponibilidade é de 83 000 pessoas por médico e 804 habitantes por técnico qualificado (excluindo o pessoal de apoio).

Kuito e Andulo, os dois principais centros populacionais, concentram 49% do total de trabalhadores, mesmo excluindo os Hospitais de nível provincial.

Os enfermeiros básicos representam 65% de todos os técnicos qualificados. Sete municípios não têm nenhuma parteira especializada.

de uma abordagem nacional que vise equilibrar a distribuição do pessoal[47]. Não foi possível obter dados que permitam a reflexão sobre os problemas transversais aos RHS (ver anexo).

[46] Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*

[47] Idem.

3. Políticas que influenciam os RHS

Uma análise datada de 2005[48] refere que as decisões na área da saúde são tomadas do topo para a base da hierarquia e partindo muitas vezes de uma ausência de informação estatística actualizada. Verifica-se a existência de legislação, regulamentos e protocolos mas estes não são correctamente implementados nas unidades sanitárias. Por outro lado, a estratégia e os planos do MINSA priorizam as acções de atenção ao nível primário, sendo que, a nível das US estas não são implementadas. Verifica-se, segundo a mesma análise, a pouca participação da comunidade na área da saúde (responsabilidade e tomada de decisões).

3.1 Financiamento

Uma das grandes limitações na análise das questões alusivas ao financiamento no sector da saúde em Angola, é o facto de se desconhecer como é alocado grande parte do orçamento[49]. A rubrica orçamental destinada aos Hospitais tem a prioridade no orçamento da saúde, exceptuando-se o ano de 2002, em que a rubrica Saúde Pública teve a maior afectação[50].

O Quadro 5 refere os indicadores relativos à política de financiamento sobre os quais foi possível encontrar dados (ver também anexo).

Numa análise efectuada em 2005[51], é descrito que os principais desafios no campo financeiro se prendem com a baixa percentagem no orçamento geral da saúde destinada aos cuidados de saúde primários (17% rede primária, versus 40% para o sector terciário). Por outro lado, não existe orçamento para os custos correntes das unidades sanitárias do 1° nível e verifica-se a cobrança de taxas elevadas nas consultas aos utentes paralelamente à escassez de medicamentos. Segundo o mesmo documento, a programação do orçamento na saúde é feita no sentido "topo – base" e não "base – topo".

A falta de materiais ao nível da gestão hospitalar e a falta do fornecimento de medicamentos e outros equipamentos impossibilitam o trabalho do pessoal de saúde. Em 2005[52] verificou-se que os medicamentos não essenciais são comprados a nível central, provincial e por alguns hospitais. Porém constatou-se a inexistência de formulários, da padronização de fármacos e de mecanismos para assegurar a sua qualidade. Verificou-se ainda que os fármacos não genéricos são a principal opção de compra, e que a decisão da aquisição está muitas vezes relacionada com o incentivo financeiro e não com o custo ou com a adequação.

O facto das estruturas sanitárias se encontrarem concentradas nos grandes centros urbanos e de muitas das espalhadas pelo país se encontrarem degradas ou destruídas não contribui para tornar as profissões de saúde atractivas. Salienta-se ainda o facto de não ter sido encontrada documentação alusiva a incentivos ou outros factores que tornem atractivas as profissões de saúde ou que sejam reveladoras da satisfação dos profissionais.

Está prevista, no PDRH, a aposta na formação contínua dos profissionais de saúde através do funcionamento de núcleos de formação permanente[53]. No entanto, o relatório da aplicação do referido plano não apresenta conclusões abonatórias relativamente aos progressos na área da formação em saúde. Por um lado, verifica-se a ausência de registos ou relatórios de actividades e respectivos custos; por outro, em algumas províncias, verifica-se a ausência parcial ou total da aplicação das estratégias definidas.

No que se refere a seguros de saúde, não foi encontrada referência aos mesmos.Salienta-se ainda que, os itens abaixo enumerados praticamente não se encontram descritos na documentação disponível e consultada e que muito menos foi possível obter dados alusivos ao seu financiamento, de forma a proceder a uma apreciação de cada um deles, descrevendo, quando se adeqúe as disparidades presentes.Não foram encontrados dados relativos a factores que influenciam os RHS (ver anexo).

3.2 Educação

Para completar as informações deste sub-capítulo recomenda-se a consulta do sub-capítulo "2.2. Distribuição dos RHS".

Em 2007 foi apresentado o Estudo de Custos da Formação no Sector da Saúde, realizado no âmbito da implementação do PDRH 1997-2007. Este estudo visava recolher e sistematizar algumas informações chave no que concerne ao custo da formação do sector da saúde, na perspectiva de oferecer algumas bases concretas para a tomada de decisão no desenvolvimento do novo PDRH[54]. O estudo centrou-se em três campos concretos:

- A formação, dando ênfase a cursos de promoção e especialização de trabalhadores que já pertenciam ao sistema nacional de saúde;
- A formação permanente, componente chave da estratégia de formação, com vista a actualizar e consolidar os conhecimentos dos técnicos;
- A área de pós-graduação.

Os dados existentes, resultantes do estudo referido, são de carácter regional e algumas vezes estimativo, não existindo

[46] Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*

[47] Idem.

[48] (2005). Angola Health System Assessment.

[49] Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*

[50] (2004). *Relatório de Desenvolvimento Humano, Angola*.

[51] (2005). *Angola Health System Assessment.*

[52] Idem.

[53] Tyrrell, Amanda; Paca Macosse, Alberto; (2007). *Estudo de Custos da Formação no Sector Saúde.*

[54] Tyrrell, Amanda; Paca Macosse, Alberto; (2007). *Estudo de Custos da formação no Sector Saúde.*

valores quantificáveis que se prestem a uma análise nacional global. No entanto, é de notar a indisponibilidade de dados relacionados com falhas ao nível do compromisso ou prestação de contas, da coordenação interna ou da ligação entre planificação e orçamentação, bem como da verticalidade dos programas[55]. Segundo a mesma fonte, foram reveladas várias lacunas nos diversos níveis de formação, entre os quais se salienta a falta de informações fidedignas relativas aos custos da formação e a falibilidade dos processos e instrumentos de planificação.

Foram elaborados pressupostos para a construção dos custos teóricos de formação, tendo sido recomendado:
- O reforço do sistema de planificação;
- A ligação entre planificação e orçamentação;
- Uma orçamentação mais sistemática das necessidades, com base nos instrumentos e ciclos do Governo;
- A monitorização abrangente e completa das actividades;
- A clarificação da componente financeira como necessidade essencial.

No contexto da avaliação da aplicação do PNDRH[56], é referida a necessidade de realizar um levantamento detalhado das características das instituições de formação mais importantes, que permita a formulação de um plano de investimento na rede de formação. Os anos recentes foram marcados, em Angola, por uma forte expansão da área da educação, pública e privada, que veio a contrariar a estratégia definida pelo plano de reduzir e racionalizar a rede pública de formação de saúde.

O Quadro 6 menciona os valores dos indicadores relativos à educação dos RHS em Angola, disponíveis à data da elaboração da presente monografia (ver também o anexo).

Em 2006 / 2007, 137 directores e subdirectores das Escolas frequentaram cursos de formação em serviço (DNRH, 2007). No mesmo ano, foram abertos 67 cursos de especialidade em enfermagem a nível pós-médio em reanimação, 35 em instrumentação, 38 em cuidados intensivos e 60 para parteiras (DNRH, 2007); setecentos e setenta e nove formandos frequentaram cursos de formação de promoção de promotores e técnicos de saúde a auxiliares de enfermagem; relativamente a cursos de promoção de auxiliar para o nível técnico, em 2006 / 2007, existiam 1664 cursos de enfermagem em todo o país, 69 de análises clínicas, 26 de estomatologia, 33 de farmácia, 29 de fisioterapia, 27 de ortopedia e 98 de radiologia (DNRH, 2007).

Relativamente aos cursos iniciais de nível médio, em 2006 / 2007, existiam 24 turmas de anatomia patológica, 24 de cardio-pneumonologia, 54 de análises clínicas, 24 de saúde pública, 24 de nutrição, 24 de farmácia, 24 de fisioterapia, 81 de radiologia, 15 de estatística médica e 30 de estomatologia (DNRH, 2007).
Relativamente ao ensino de medicina, em 2006 / 2007, 16,5% (269 em 1789) dos médicos angolanos eram especialistas, enquanto que duzentos e quarenta e três médicos frequentavam o internato de especialidade (DNRH, 2007).

No mesmo ano, existiam 30 técnicos superiores do Ministério da Saúde (médicos, enfermeiros e outros) a frequentar o Mestrado em Saúde Pública ministrado pela Fundação Osvaldo Cruz (Brasil). Estavam em formação 8 enfermeiros: 2 no Mestrado em Saúde Comunitária, 3 na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia e 3 em Gestão e Ensino (DNRH, 2007). Neste ano, um enfermeiro doutorou-se e dois obtiveram o grau de Mestre.

3.3
Gestão

A situação das finanças públicas angolanas melhorou nos últimos anos[59]. O Orçamento Geral do Estado (OGE) configura-se agora como o maior financiador formal das despesas de saúde, mudança marcante para um sector que até há poucos anos dependia da ajuda internacional, proporcionada pelos canais de emergência. Esta situação deveu-se ao redireccionamento dos fundos outrora alocados para a segurança nacional.
Em 2007, tendo em vista o progresso rumo a uma economia real, com vencimentos enquadrados numa política salarial coerente e adequados ao nível real de produtividade, foi definido o salário mínimo nacional e congregado num sistema único de tabelas indicativas de todos os vencimentos da função pública. Foi elevado o salário médio real praticado na administração pública e implementado um sistema de bónus de desempenho. Actualmente o salário mínimo na carreira médica é de 1 145 USD, podendo chegar a 2 291USD (Quadro 7).

Não foi possível encontrar qualquer informação relativa ao contexto do sector público e administração pública ou orientação dos RHS (ver anexo).

3.3.1
Gestão de RHS

A ausência de sistematização de dados que permita avaliar a temática em estudo é uma realidade (ver anexo). Esta conclusão provém também da avaliação efectuada à implementação do PNDRH:
"Para permitir um salto de qualidade na tomada de decisões, a informação relativa aos RHS deve ser reforçada de forma notável. A informação necessária deve resultar da melhoria dos sistemas de rotina, assim como da realização de estudos específicos para áreas que os dados de rotina não cobrem. A informação não deve ser colhida ocasionalmente, quando surge a sua necessidade (como por ocasião da revisão do PDRH), mas rotineiramente, através de mecanismos consolidados, que respondam às exigências de decisão dos dirigentes[60].".

---

[55] Idem.

[56] Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*

[59] Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*

[60] Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*

3.3.2
Ambiente institucional e práticas organizacionais

Não foram encontrados dados sistematizados alusivos às temáticas de ambiente institucional e práticas organizacionais (ver anexo).

Salienta-se que, relativamente a aspectos de gestão, concretamente aos abordados nos quadros anteriores, não foi possível obter informação concreta e precisa que permitisse tirar conclusões alusivas aos indicadores apresentados. Foram exploradas várias fontes sem sucesso, tendo sido apenas possível obter informações qualitativas, que se encontram descritas nos textos que acompanham o presente documento, mas não dados quantitativos. Tudo leva a crer que estes não estão sistematizados e acessíveis. Provavelmente, poderá ser possível a sua recolha *in loco.*

4.
Sistema de informação dos RHS

Perante a pesquisa de dados para a elaboração do presente relatório, deparámo-nos com falhas substanciais no sistema de informação sobre saúde em Angola. Ao pesquisar a informação sobre os RHS, o problema de ausência de sistematização de dados agravou-se ainda mais. De facto, poucos foram os dados quantitativos a que se teve acesso no que diz respeito aos RHS. Questiona-se, assim, o funcionamento deste sistema.

Provavelmente, só um contacto mais directo com o país poderá responder a estas questões. De facto, abordadas fontes locais, de modo informal, verificou-se a existência de informação. No entanto, esta não foi encontrada por escrito, portanto, digna de registo no presente documento. Assim sendo, proceder a uma classificação no preenchimento do Quadro 8 poderá levar a conclusões díspares das reais. A ausência de informação não é sinónimo de ausência total de funcionamento do referido sistema.

5.
Condições de implementação de bibliotecas virtuais em saúde (BVS)

Há referência à introdução de BVS em Angola e estas são referidas como um caminho para alcançar a equidade em saúde[61] – pelo acesso eficiente e universal à saúde . No entanto, tudo indica que não estão ainda implementadas em Angola – não foi encontrada referência a esse respeito nos documentos consultados.

[61] (2008). BBV e ePORTUGUÊSEe, *Como melhorar o acesso à informação científica e à saúde.*

6.
Conclusões

O grande obstáculo à realização do presente trabalho foi a falta de acesso a documentação que permita tirar conclusões fidedignas sobre a situação dos RHS de Angola. Não foi possível obter dados alusivos a, por exemplo, salários e incentivos, políticas de gestão de RHS, sistema de informação em saúde, sistema de informação nos RHS. Salienta-se, também, que o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2004, elaborado pelo PNUD, refere que a comparação dos dados estatísticos sobre Angola, principalmente aqueles produzidos a partir de inquéritos aos agregados familiares é muito complexa. Factores como a fraca cobertura geográfica dos inquéritos realizados, a fraca padronização dos métodos e instrumentos de recolha dos dados, a fraca definição dos conceitos e a falha na adequação de indicadores contribuem para esta afirmação. Por tudo isto, o PNUD recomenda algum cuidado na interpretação dos dados estatísticos.

Em 2005 verificou-se que o sistema de notificação é verticalizado e que a qualidade dos dados não é assegurada. Existe pouca capacidade para análise da informação e os cuidados de saúde primários têm acesso limitado a retroinformação. Verificou-se ainda a não existência de articulação entre a informação obtida e a planificação[62].

A aparente inexistência de dados objectivos e a ausência de resposta por parte de quem foi inquirido para o efeito, traz consigo alguma frustração na realização do presente estudo. Tudo indica que uma deslocação *in loco* permitiria uma maior compreensão da temática mas isto não é suficiente para olhar de forma abrangente esta ausência de dados.

Assim se pode concluir que, sem dúvida para Angola, a aposta na gestão da informação e nas estratégias políticas em saúde que contemplem as temáticas abordadas no presente documento é de carácter prioritário.

Algumas das políticas de saúde estão definidas: estão feitos diagnósticos de situação e definidas estratégias. No entanto a sua operacionalização está, ainda, em fase embrionária que urge desenvolver.

A guerra já é vista em grande parte do território angolano como algo pertencente ao passado. Grande parte das dificuldades que o país enfrenta são atribuídas à ausência de políticas, à fraca adequação das existentes aos reais problemas do país, à pouca eficiência dos instrumentos de política e seus mecanismos de implementação[63]. O desenvolvimento sustentável, enquanto garante da paz e da estabilidade, é não só importante, mas também prioritário e urgente[64].

[62] (2005). *Angola Health System Assessment.*

[63] (2004). *Relatório de Desenvolvimento Humano, Angola.*

[64] Idem.

7.
Bibliografia Consultada

• *Human Development Report 2007/2008.*
• *Relatório de Desenvolvimento Humano –l Angola 2004.*
• PNUD, (2005). *Relatório Desenvolvimento Humano.*
• United Nations System in Angola, (2002). Angola: *The post-war challenges common country assessment.*
• Connor, Catherine; Figueiredo, Paula; Lin, Ya-Shin; Rajkotia, Yogest; (2005). *Angola Health System Assessment.* Angola Health System Assessment, Catherine Connor, Yogest Rajkotia, Ya-Shin Lin, Paula Figueiredo (2005)
• The World Bank, (2007). *Africa Development Indicator.*
• Direcção Nacional de Recursos Humanos, (1999). *Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos 1997-2007*, Versão final, Ministério da Saúde de Angola.
• Pavignani, Enrico; (2005). *Revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 1997 – 2007.*
• Direcção Nacional de Saúde Pública, (2004). *Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno Infantil em Angola 2004-2008,* Ministério da Saúde de Angola.
• Governo de Angola, (2003). *Estratégia de Combate à Pobreza Reinserção Social, Reabilitação e Reconstrução e Estabilização Económica,* Luanda, Angola.
• Fustukian, Suzanne; (2004). *Review of Health Service Delivery In Angola.*
• Macosse, Alberto Paca; Tyrell, Amanda; (2007). Estudo de Custos da Formação no Sector Saúde., Dra. Amanda Tyrrell e Dr. Alberto Paca Macosse, 2007
• Caetano, José; Emanuel, Jorge; (2008). *BBV e ePORTUGUÊSe, Como melhorar o acesso à informação científica e à saúde.,* Jorge Emanuel e José Caetano, 2008
• Projecto AMI, (2006). *Promoção da saúde e da segurança alimentar no Município de Gambos,* Angola.
• Direcção Nacional de Recursos Humanos, (2007). *Actividades Realizadas durante o ano de 2007 (Relatório anual)*, Ministério da Saúde, República de Angola.

8.
Anexos

Listagem de todos os indicadores relacionados com os RHS, definidos para a elaboração da monografia, com indicação de ter sido ou não encontrada informação (✕ – dados inexistentes; ✓– dados existentes).

Ponto de Situação para ANGOLA
Quadros

Quadro 1 – INDICADORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E MACROECONÓMICOS DE ANGOLA
(ANO DE REFERÊNCIA E ÚLTIMO ANO DISPONÍVEL).

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Número de habitantes (milhões)	6,8	1975	PNUD	15,945	2005	PNUD
Taxa de crescimento populacional anual (%)	2,9	1975-2005	PNUD	2,3	1995-2004	PNUD
Esperança média de vida (anos)	37,9	1975-2005	PNUD	41,7	2005	PNUD
Produto Interno Bruto (em biliões de USD)	6,506	1998	FMI	61,334	2007	FMI
PIB per capita PPP (Paridade do Poder de Compra)	2515	1998	FMI	5595	2007	FMI
Crescimento anual do PIB	3,2	1999	WB	20,6[14]	2005	WB
Percentagem da população que vive com menos de 2 USD p. dia	ND		PNUD			
Percentagem da população que vive com menos de 1 USD p. dia	ND		PNUD			
Percentagem do PIB gasto com a educação	-	-	-	2,6	2005	PNUD
Taxa de escolarização primária nacional (%)	50	1991	PNUD	49,0 (♀) 51,0 (♂)	2006	WHOSIS
Percentagem do PIB gasto com a saúde	-	-	-	1,5	2004	PNUD

Nota: Alguns indicadores possuem, para o mesmo ano, valores díspares. Foi objectivo demonstrar essa disparidade.
[14] Valor provisório.

Quadro 2 – ALGUNS INDICADORES DOS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO (HUMAN DEVELOPMENT REPORT, 2008)

	INDICADOR	VALOR	ANO	VALOR	ANO
ODM 1	Taxa de pessoas subnutridas	58	1990/92	35	2000/04
ODM 2	Taxa líquida de escolarização primária	50	1990	53	2000
ODM 4	Taxa de mortalidade em crianças com ≤ 5 anos (1 000 nados vivos)	300	1990	260	2005
	Taxa de mortalidade infantil (por 1 000 nados vivos)	180		154	
	Taxa de cobertura vacinal, Sarampo (% de crianças com idade compreendidas entre 12-23 meses)	-		45	
	Taxa de cobertura vacinal, Tuberculose (% de crianças com idade compreendidas entre 12-23 meses)	-		61	
ODM 5	Mortalidade materna (por 100 000 nados vivos)	-	-	1400	2007
	Partos assistidos por profissionais da saúde qualificados (% do total)	-	-	45	1997/2005
ODM 6	Prevalência de HIV (% de indivíduos com idades entre os 15-49 anos)	-	-	-	-
	Incidência da tuberculose (por 100 000 pessoas)	203 251	1990 2000	285	2007
ODM 8	Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) recebida por Angola (% do PIB)	2,6	1990	1,3	2005

Quadro 3 – INDICADORES RELATIVOS À DENSIDADE DOS RHS (ANO DE REFERÊNCIA E ÚLTIMO ANO DISPONÍVEL)[34]

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Número de médicos por 10 000 habitantes	0,005	2002	Ministério da Saúde (MS)[35]	0,0077	2004	PNUD
Número de enfermeiros por 10 000 habitantes	0,1	2002	MS[36]	0,1190	2004	PNUD
Número de técnicos de laboratório por 10 000 habitantes	-	-	-	0,0144	2004	PNUD
Número de dentistas por 10 000 habitantes	-	-	-	<0,0001	2004	PNUD
Número de técnicos de farmácia por 10 000 habitantes	-	-	-	0,0002	2004	PNUD
Número de outras categorias de RHS por 10 000 habitantes	-	-	-	0.002	2004	PNUD

[34] Salienta-se que a indisponibilidade de dados alusivos a alguns dos indicadores é por si só reveladora das falhas aos níveis da informação em saúde e da gestão de RHS, realidade vivida de forma evidente em Angola.

[35] Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística, *Anuário Estatístico 2003, in* Direcção Nacional de Saúde Pública, *Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno Infantil em Angola 2004-2008*, Ministério da Saúde de Angola.

[36] Idem

Quadro 4 – INDICADORES RELATIVOS À DISTRIBUIÇÃO DOS RHS (ANO DE REFERÊNCIA E ÚLTIMO ANO DISPONÍVEL)[38]

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Rácio da densidade de médicos mais elevada (0.13 por 1 000 hab em Luanda) por densidade mais baixa (0,01 por 1 000 habitantes Uige, Kwanza Sul), por região	13	2002	MS[39]	-	-	-
Rácio da densidade de enfermeiros mais elevada (2,6 por 1 000 hab em Namibe) por densidade mais baixa (0.5 por 1000 hab no Uige ou Kwanza Sul), por região	5,2	2002	MS[40]	-	-	-
Rácio de enfermeiros para médicos	18,88	2002	MS[41]	16.9	2004	PNUD

[38] Salienta-se que a indisponibilidade de dados alusivos a alguns dos indicadores é por si só reveladora das falhas aos níveis da informação em saúde e da gestão de RHS, realidade vivida de forma evidente em Angola.

[39] Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. *Anuário Estatístico 2003, in Direcção Nacional de Saúde Pública*. *Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno Infantil em Angola 2004-2008,* Ministério da Saúde de Angola.

[40] Idem.

[41] Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. *Anuário Estatístico 2003.*

Quadro 5 – INDICADORES RELATIVOS À POLÍTICA DE FINANCIAMENTO

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE
Despesa com a saúde em proporção do PIB	2,7	2006	PNUD
Despesa total de saúde per capita em PPP	71	2006	PNUD

Quadro 6 – INDICADORES RELATIVOS À EDUCAÇÃO

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE
Custo médio anual da educação por formação de enfermeiros gerais	5 766 USD	2007	57
Custo médio anual da educação por formação de tecnologias da saúde	7 599 USD	2007	58

[57] Tyrrell, Amanda; Paca Macosse, Alberto; (2007). *Estudo de Custos da Formação no Sector Saúde.*

[58] Idem.

Quadro 7 – SALÁRIO MÍNIMO E MÁXIMO, EM USD, DOS RHS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM ANGOLA (DIRECÇÃO NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS, 2007)

CARREIRA		SALÁRIO MÍNIMO (USD)	SALÁRIO MÁXIMO (USD)
Médica		1145	2 291
Enfermagem	Enf. Sup	1002	2 005
	Enf Grad	549	1 002
	Enf. Geral	286	549
	Enf. Aux	239	477
Técnicos de diagnóstico e terapêutica		239	2 005
Administrativa		239	2 005
Apoio Hospitalar		106	340

Quadro 8 – CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

INDICADOR	GRAU DE ADEQUAÇÃO
O país tem legislação adequada que fornece uma estrutura para a informação em saúde.*	Existe mas não é adequado
O Ministério da Saúde possui capacidades em áreas chave das ciências da informação (epidemiologia, demografia, estatística, informação e tratamento e comunicação de informação).	Desadequado
Existe uma unidade administrativa central funcional no Ministério da Saúde que concebe, desenvolve e apoia a colheita, gestão, análise, disseminação e utilização de informação em saúde, incluindo a informação sobre RHS.	Não Disponível (ND)
No ano anterior foram desenvolvidas actividades de capacitação para o pessoal do sistema de informação em RHS, quer a nível nacional quer a nível regional.	ND
Assistência disponível, a nível nacional e regional, para a concepção, gestão e apoio de bases de dados e software.	ND
Estão disponíveis materiais necessários ao registo da informação (formulários, lápis, papel e outros).	ND
Estão disponíveis computadores a nível nacional, regional e distrital de modo a permitir a compilação da informação.	ND
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (telefone) a nível nacional, regional e distrital	ND
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (acesso a internet e e-mail) a nível nacional, regional e distrital	ND
Existe uma base de dados dos RHS que monitoriza o número de profissionais de saúde, nas principais categorias profissionais que trabalham quer no sector público quer no sector privado.	Existe mas não é adequado
Existe uma base de dados nacional que monitoriza o número de graduações por ano de todas as instituições de formação na área da saúde.	Existe mas não é adequado
Recursos humanos para manter e actualizar a base de dados nacional dos RHS.	ND
Período desde a última actualização da base de dados.	ND
Existe um procedimento escrito para a gestão dos dados que inclui a colheita,conservação, limpeza, controlo de qualidade, análise e apresentação dos dados implementado em todo o país.	ND

* Informações baseadas no documento *Angola Health System Assessment* (2005)
Nota: Alguns indicadores possuem, para o mesmo ano, valores díspares. Foi objectivo demonstrar essa disparidade.

8. Anexos

Listagem de todos os indicadores relacionados com os RHS, definidos para a elaboração da monografia, com indicação de ter sido ou não encontrada informação (✕ – dados inexistentes; ✓– dados existentes).

INDICADOR	DADOS
Percentagem do PIB gasto com a saúde	✓
Proporção dos gastos com a saúde provenientes de tarifas e taxas	✕
Proporção do orçamento da saúde na despesa pública	✕
Proporção do orçamento dos RHS no orçamento público de saúde	✕
Número de médicos por 10 000 habitantes	✓
Número de enfermeiros por 10 000 habitantes	✓
Número de técnicos de laboratório por 10 000 habitantes	✓
Número de dentistas por 10 000 habitantes	✓
Número de técnicos de farmácia por 10 000 habitantes	✓
Número de outras categorias de RHS por 10 000 habitantes	✓
Rácio da densidade de médicos mais elevada por densidade mais baixa por região	✓
Rácio da densidade de enfermeiros mais elevada por densidade mais baixa por região	✓
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de outros RHS por região	✕
Rácio de homens para mulheres por categoria de RHS	✕
Rácio de enfermeiros para médicos	✓
Rácio de RHS não qualificados para qualificados	✕
Rácio de prestadores públicos para prestadores privados por categoria de RHS	✕
Orçamento anual para os RHS / total do orçamento anual para a saúde	✕
Número de RHS por categoria / orçamento anual para os RHS dessa categoria	✕
Total de gastos com RHS per capita	✕
Rendimentos anuais médios por categoria de RHS	✕
Demora média hospitalar	✕
Número Médio de vacinas administradas por dia por número de pessoal de saúde	✕
Número de atendimentos em cuidados de saúde primários por total de pessoal	✕
Rupturas de stock de medicamentos essenciais	✕
Número de infecções cruzadas por número de doentes hospitalares	✕
Nível médio salarial por categoria de RHS	✕
Número de candidatos por vagas por categoria de RHS	✕
Estimativa do número de candidatos	✕
Percentagem de emigração por categoria de RHS	✕
Percentagem de imigração por categoria de RHS	✕
Taxa média de mortes por VIH/SIDA por categoria de RHS	✕

INDICADOR	DATA
Proporção de médicos que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde	✕
Proporção de profissionais de outras categorias de RHS que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde	✕
Taxa de absentismo dos RHS	✕
Número médio de horas de trabalho por semana por categoria de RHS	✕
Opiniões sobre se a motivação é, ou não, um problema	✕
Nível médio salarial por categoria de RHS	✓
Rácio dos níveis salariais dos RHS para profissões comparáveis	✕
Salário médio nas áreas rurais para salário médio nas áreas urbanas por categoria de RHS	✕
Rácio dos níveis salariais médios dos homens para níveis salariais médios das mulheres dos RHS	✕
Nível salarial como proporção da despesa governamental corrente	✕
Despesa com a saúde em proporção do PIB	✓
Despesa total de saúde per capita em PPP	✓
Nível salarial dos RHS em comparação com o PIB per capita	✕
Fornecimento de produtos farmacêuticos	✕
Fornecimento de material cirúrgico	✕
Tecnologias cirúrgicas	✕
Profilaxia pós-exposição ao VIH	✕
Luvas de boa qualidade	✕
Agulhas e bisturis de boa qualidade	✕
Existência de sub-especializações	✕
Oportunidades de formação contínua	✕
Benefícios de reforma	✕
Cuidados prestados às crianças	✕
Seguro de saúde	✕
Seguro de Acidentes	✕
Aconselhamento psicológico para os trabalhadores da saúde	✕
Grupos de apoio de pares	✕
Instalações	✕
Equipamento de laboratório	✕
Imagiologia	✕
Percentagem de alunos a frequentar o ensino secundário	✕
Percentagem de alunos que terminaram o ensino secundário	✕
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas médicas	✕
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de saúde pública	✕
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de ciências farmacêuticas	✕

INDICADOR	DATA
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de enfermagem e enfermagem obstétrica	✕
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas paramédicas ou escolas técnicas de saúde	✕
Proporção de graduados do ensino intermédio (pré-secundário) que se candidataram a escolas de enfermagem e enfermagem obstétrica	✕
Proporção de graduados do ensino intermédio (pré-secundário) que se candidataram a escolas paramédicas ou escolas técnicas de saúde	✕
Proporção de graduados do ensino intermédio e secundário que tiveram acesso a informação e campanhas de promoção dos RHS	✕
Custo médio da educação por formação de cada categoria de RHS	✕
Custo médio anual da educação por formação de enfermeiros gerais	✓
Custo médio anual da educação por formação de tecnologias da saúde	✓
Proporção de candidatos (total e por categoria) aceite numa instituição de formação de RHS específica	✕
Proporção de candidatos que aceitaram um lugar numa instituição de formação de RHS	✕
Proporção de alunos que terminaram a formação de RHS	✕
Proporção de graduados que entraram no sector da saúde	✕
Densidade regional de graduados (da mais elevada para a mais baixa)	✕
Proporção de RHS do sexo feminino	✕
Missão das instituições de RHS – Incluem declaração sobre a disponibilidade necessária para a prestação de cuidados de saúde, sobre a necessidade futura de formação, a responsabilidade social, a investigação e envolvimento comunitário?	✕
Participação dos alunos nos cuidados aos doentes (em número de horas semanais gastas com cuidados a doentes); ND	✕
Proporção de cursos (disciplinas) dedicados às doenças prioritárias do país; ND	✕
Capacidade de admitir alunos relativamente à capacidade da instituição de formação de RHS em todos os níveis de educação; ND	✕
Política de admissões ND	✕
Mecanismos de actualização das competências dos professores; ND	✕
Tamanho médio das turmas	✕
Número de computadores por aluno	✕
Número de computadores com acesso à internet por aluno (indicar a velocidade de banda) ND	✕
Envolvimento dos parceiros na avaliação dos programas ND	✕
Definição das estruturas de governação das instituições de formação – Reflectem a representação do pessoal académico, estudantes e outros participantes; ND	✕
Linhas claras de responsabilidade e autoridade no currículo e orçamento; ND	✕
Mecanismos de revisão regular da formação dos RHS ND	✕
Actualização e desenvolvimento profissional contínuo	✕
Acesso a informação em saúde actualizada e adequada (referir se existe, onde está disponível e como pode ser actualizada pelos profissionais)	✕
Número de horas por semana que o profissional utiliza com sua própria capacitação / formação	✕
Participação em debates de grupo ou redes (indicar a frequência e o tipo – electrónicas ou presenciais)	✕

INDICADOR	DATA
Escolha sobre o salário (pouca, moderada, elevada)	×
Capacidade para contratar (baixa, média, elevada)	×
Capacidade para dispensar (baixa, média, elevada)	×
Autonomia sobre mapas de pessoal e distribuição de pessoal a nível institucional (baixa, média, elevada)	×
Autonomia sobre recrutamento (baixa, média, elevada)	×
Autonomia sobre transferências (baixa, média, elevada)	×
Autonomia sobre promoções (baixa, média, elevada)	×
Autonomia sobre alocação de recursos (% de despesa local autorizada por autoridade superior)	×
Existência de iniciativas alargadas do sector público relativamente aos RHS	×
Percentagem do orçamento destinado à gestão dos RHS	×
Número de gestores de RHS de alto nível a tempo inteiro	×
Rácio de gestores centrais para gestores regionais	×
Existência de plano de gestão de RHS (S/N)	×
Percentagem de pessoal que recebeu formação em gestão no último ano	×
Registo dos prestadores privados actualizado e correcto (S/N)	×
Número de modelos de contratação permitidos	×
Número de categorias de profissionais de saúde do sector público com autorização para trabalhar, pelo menos em part-time, no sector privado	×
Ficheiros com registos da história do empregado (S/N)	×
Directrizes para consulta dos ficheiros pessoais (S/N)	×
Manual de ajuda à administração de pessoal (S/N)	×
Directrizes para avaliação de desempenho documentadas e acessíveis (S/N)	×
Sistema de classificação de carreiras que identifica claramente os tipos de funções e a progressão na carreira (S/N)	×
Directrizes para formulários e procedimentos para aprovação de recrutamentos, promoções e transferências (S/N)	×
Directrizes para formulários e procedimentos disciplinares, queixas e cessações	×
Verificação dos registos relativos a recrutamentos, promoções e transferência com os postos autorizados, os orçamentos anuais e os fundos disponíveis (S/N)	×
Número de vezes por ano que o sistema de gestão fornece informação sobre os indicadores	×
Percentagem de instituições que utilizam formulários de indicadores para reportarem a monitorização e avaliação (por exemplo, registos de morbilidade)	×
Percentagem de instituições que apresentam notificações de doença como estabelecido	×
Rupturas de stock de medicamentos essenciais	×
Proporção de diferença entre os stocks com registo manual e o stock com registo informático	×
Percentagem de instalações com infraestruturas aceitáveis de armazenamento	×
Número de horas efectivas de trabalho por número de horas de trabalho	×
Número e frequência de visitas de supervisão das unidades de saúde	×

INDICADOR	DATA
Número anual de pessoas que deixam os empregos por pessoal nos postos mais número de pessoal que saiu	✕
Frequência ou número de reuniões de pessoal por ano	✕
Percentagem de minutas por agendas de reuniões	✕
Oferta regular de módulos de gestão (S/N)	✕
O país tem legislação adequada que fornece uma estrutura para a informação em saúde.	✓
O Ministério da Saúde possui capacidades em áreas chave das ciências da informação (epidemiologia, demografia, estatística, informação e tratamento e comunicação de informação)	✓
Existe uma unidade administrativa funcional central no Ministério da Saúde que concebe, desenvolve e apoia a colheita, gestão, análise, disseminação e utilização de informação em saúde, incluindo a informação sobre RHS	✕
No ano anterior foram desenvolvidas actividades de capacitação para o pessoal do sistema de informação em RHS quer a nível nacional quer a nível regional	✕
Assistência disponível, a nível nacional e regional, para a concepção, gestão e apoio de bases de dados e software	✕
Estão disponíveis materiais (formulários, lápis, papel e outros) necessários ao registo da informação	✕
Estão disponíveis computadores a nível nacional, regional e distrital de modo a permitir a compilação da informação	✕
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (telefone) a nível nacional, regional e distrital	✕
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (acesso a internet e e-mail) a nível nacional, regional e distrital	✕
Existe uma base de dados dos RHS que monitoriza o número de profissionais de saúde nas principais categorias profissionais que trabalham quer no sector público quer no sector privado.	✓
Existe uma base de dados nacional que monitoriza o número de graduações por ano de todas as instituições de formação na área da saúde	✓
Recursos humanos para manter e actualizar a base de dados nacional dos RHS	✕
Período de tempo desde a última actualização da base de dados	✕
Existe um procedimento escrito para a gestão dos dados que inclui a colheita, preservação, limpeza, controlo de qualidade, análise e apresentação dos dados implementado em todo o país	✕

II.

Ponto da Situação para CABO VERDE

Silva R, Fronteira I, Dussault G

1. Introdução

Cabo Verde é um país arquipélago que ascendeu à independência a 5 de Julho de 1975, na sequência de uma luta de libertação nacional realizada conjuntamente com a República da Guiné-Bissau. Situado entre o Atlântico Norte e o Atlântico Sul, a cerca de 500 km a Oeste de Dakar, no Senegal, tem uma superfície terrestre de 4 033 km^2, formada por 10 ilhas, das quais 9 habitadas. Todas são de origem vulcânica.

Administrativamente está dividido em 17 concelhos, dos quais 6 estão na ilha de Santiago, onde se encontra a capital, Praia. O clima é tropical seco, com duas estações, uma de chuvas (Julho a Outubro) e outra de um período seco. Tem uma população residente de 476 163 habitantes (Banco Mundial, 2006), sendo que 55% reside no meio urbano e 45% no meio rural. A densidade populacional é de 125 habitantes/km2. O país tem uma população muito jovem. A população menor de 25 anos representa 62% da população geral e a de mais de 60 anos, 10% da população geral.

A taxa de desemprego é de 18,7% no meio urbano e de 15,7% no meio rural, sendo 11,1% para homens e 23,8% para mulheres, com 29,7% na camada jovem dos 15 aos 24 anos. Desde finais do séc. XIX, Cabo Verde é um país de emigração secular, tendo como destino principal, na época, a Costa Leste dos Estados Unidos da América (em 2006 cerca de 3% da população residente da grande metrópole de Boston tinha ascendência cabo-verdiana ou eram emigrantes de primeira geração). Segundo publicação da OMS (2007), os descendentes de emigrantes cabo-verdianos a viver no estrangeiro chegam a 518.180, número ligeiramente superior à população residente no país.

Nas últimas três décadas o PIB do país multiplicou-se por oitenta (de 950 milhões de ECV no ano da independência para 75 biliões de ECV[65] em 2002, INE-2002). De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano, Cabo Verde situa-se na 118ª posição entre 179 países (http://hdrstats.undp.org/2008/countries/country_ fact_ sheets/cty_fs_CPV.html). Recentemente, as Nações Unidas reclassificaram o país, tendo passado do grupo de Países Menos Avançados (PMA) para o grupo de Países de Desenvolvimento Médio (PDM). Este crescimento da riqueza nacional foi acompanhado por uma considerável melhoria de vida da população, especialmente apoiada pelo desenvolvimento alcançado nos sectores da educação, saúde, habitação e saneamento básico, entre outros. O escudo cabo-verdiano (CVE) é a moeda nacional e tem uma paridade fixa com o EURO, garantido através de um acordo cambial com Portugal durante a década de noventa, o que confere à moeda nacional uma forte estabilidade cambial na praça financeira.

A constituição e o funcionamento da rede sanitária colocam um grande desafio aos gestores do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os diferentes níveis de cuidados nas estruturas de saúde e a desarticulação da rede, agravados pela carência de recursos humanos especializados, falta de recursos materiais e de uma gestão adequada desses recursos, bem como a descontinuidade territorial, a acessibilidade condicionada pelas barreiras de natureza física e a orografia do interior das ilhas, constituem grandes constrangimentos às autoridades sanitárias.

Neste momento, Cabo Verde sofre várias reformas com implicações no sector da saúde e no processo de regionalização: o ingresso dos funcionários públicos no sistema da previdência desde Agosto de 2006, a adopção de uma nova Política Nacional de Saúde (PNS) em Setembro de 2006 e a discussão da possibilidade de criação de Regiões Político-Administrativas no país, como estratégia de descentralização da administração pública central.

Entre outras prioridades, o processo de reforma do SNS previsto pela Política Nacional de Saúde, centra-se principalmente na:

1. Busca de fontes alternativas de financiamento para o Serviço Nacional de Saúde, na expansão da contribuição do governo através do OGE e nas contribuições sociais e indirectas através do Instituto de Previdência Social (INPS);
2. Melhoria da gestão da rede sanitária e na formulação de um novo paradigma para a rede sanitária com a implementação de um modelo piloto de regionalização, para testar as reformas no desenho organizacional com a Região Sanitária Santiago Norte (RSSN);
3. Melhoria da qualidade da prestação de cuidados centrada no paciente como sujeito, através da introdução de protocolos clínicos e de práticas de humanização do cuidado;
4. Melhoria do sistema de informação sanitária (SIS) útil à gestão do sistema de saúde;
5. Fortalecimento da estratégia de Atenção Primaria à Saúde (APS).

Para uma melhor compreensão da situação dos recursos humanos da saúde, sua distribuição e disparidades, apresentamos em anexo tabelas com dados sobre o assunto.

1.1 Ambiente macroeconómico

Pelas especificidades do clima árido de Cabo Verde, com secas e falta de chuvas, apenas um décimo do país é arável. As secas persistentes e a falta de água têm dificultado o desenvolvimento de uma produção agrícola estável e, mesmo em anos de chuvas razoáveis, a produção agrícola do país não satisfaz as necessidades da população.

Nos finais dos anos 80, o país passou de um modelo de desenvolvimento económico socialista para um modelo capitalista, adoptando um modelo económico orientado para o estrangeiro, favorecendo a privatização das empresas públicas e liberalizando o comércio.

[65] ECV: escudo cabo-verdiano, moeda nacional. 1 Euro equivale 110,265 ECV; 1 Dólar comercial equivale a 81,232 ECV; 1 Dólar Internacional equivale a 39,84 ECV; A paridade com o Euro é fixada pelo acordo cambial com Portugal;

De referir que a economia cabo-verdiana conheceu um crescimento importante na década de 1990, com uma taxa média de crescimento em termos reais, de 6,1% ao ano e de 5% entre 2001 e 2003. Cabo Verde regista um dos índices de Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) per capita dos mais elevados em África. No entanto, apesar deste progresso, o país confronta-se com sérios desafios: taxa de desemprego elevada (18,3%) (INE, 2006), uma persistente taxa de pobreza (30% da população) (INE, 2006), baixa qualificação dos recursos humanos e número reduzido e inadequação das infra-estruturas.

As despesas públicas com a saúde variam entre 8 e 9% das previstas no Orçamento Geral de Estado (OGE) (Quadro 9).

O Indicador de Desenvolvimento Humano (IDH) passou de 0,587 em 1990 para 0,631 em 1995 e 0,705 em 2006. Apesar destes valores, continua um país vulnerável, dependente da ajuda pública e das importações da maioria dos produtos essenciais, como sejam os combustíveis e os produtos alimentares. As transferências provenientes da emigração têm representado nos últimos anos mais de 10% do PIB. O país encontra-se actualmente no grupo dos países de rendimento médio mas, apesar disso, tem uma dívida externa de 331 milhões de dólares (61% do PIB). O Quadro 9 apresenta os valores de alguns indicadores macroeconómicos.

1.2
Padrões de Morbilidade e Mortalidade

A Constituição cabo-verdiana, bem como a Lei de Bases da Saúde (1989), garante a todos os cidadãos o direito à saúde e baseia-se nos princípios da igualdade e da gratuitidade na promoção da saúde, prevenção das doenças, privilegiando a saúde da mulher, da criança e dos mais desfavorecidos.

As grandes orientações da política de saúde constam do Plano Nacional de Desenvolvimento (PNDS 2008-2011). Depois da Conferência Internacional do Cairo, em 1994, foi adoptada uma política nacional da população e procedeu-se à integração das diversas componentes da saúde reprodutiva no Sistema Nacional de Saúde (SNS). Em 2001 foi criada uma Comissão Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA e elaborado um Plano Estratégico Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA.

Em 1989, com a criação da Lei de Bases da saúde, o sistema de saúde em Cabo Verde passou a um regime misto, ou seja, público e privado. A organização do sistema baseia-se em dois níveis: o local, que corresponde às Delegacias de Saúde, sob a responsabilidade dos Delegados de Saúde ou Autoridades Sanitárias de Saúde (existem no país 17 delegacias de saúde) com funções de gestão dos serviços dela dependentes (hospitais regionais, centros de saúde, postos sanitários e unidades sanitárias de base); e o nível central (nacional), portanto, o Ministério da Saúde. Existem dois hospitais centrais (Praia e Mindelo) que têm autonomia financeira e administrativa e estão sob a tutela directa do Ministro da Saúde.
O SNS tem registado avanços significativos. Os investimentos feitos ao longo dos anos pós-independência no orçamento da saúde, na expansão da rede de cobertura de serviços de prestação de cuidados de saúde à população, na formação de recursos humanos qualificados, na democratização do país a partir de 1991, com a consequente criação de municipalidades e suas implicações na possibilidade de aumento da participação comunitária, a liberalização da economia e a criação do sector privado, são factores que favoreceram a aceleração do desenvolvimento sanitário e que justificam os níveis alcançados em termos de indicadores de saúde. Estão registados, na tabela 2, alguns desses indicadores.

Para além de todos os factores enumerados há a considerar a estabilidade política e o crescimento económico.

A população cabo-verdiana encontra-se em transição demográfica. Conforme os dados do IDSR II (Outubro 2005), o Índice Sintético de Fecundidade (ISF) passou de 7,1 filhos por mulher em 1979-1980 para 2,9 filhos por mulher em 2005. A taxa bruta de mortalidade está em redução, de 11 óbitos por mil habitantes durante a década de 1960 passou para 10 por mil na década de 1970, para 8 por mil na década de 1980 e, para 5,6 óbitos por mil em 2000. Paralelamente a mortalidade infantil baixou de 49 por mil em 1992/1995 para 32,5 no período 1996/2000 e para 21,1 por mil em 2004 (IDSR II, Outubro 2005).

As causas mais frequentes e importantes de mortalidade infantil são as afecções perinatais, as infecções parasitárias e as infecções respiratórias agudas, todas elas tendo como causa o difícil acesso à água potável, as más condições de saneamento básico, a situação nutricional, a baixa taxa de cobertura vacinal e outros factores associados ao acesso aos cuidados de saúde ou à qualidade dos cuidados prestados.

A situação relativamente ao paludismo e à tuberculose requer atenção especial no que diz respeito aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Apesar da sua fraca endemicidade, o país tem registado casos de paludismo (na ilha de Santiago). Foram registados 68 casos em 2005 e 80 em 2006 com uma taxa de mortalidade de 0,21 e 1,4 por 100 000 habitantes, respectivamente.

A tuberculose persiste como problema importante de saúde pública com que o país se debate. Com taxas de incidência elevadas, em valores aproximados de 60 por cem mil habitantes (Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra, Dezembro 2006). A partir de 2000 houve um crescimento do número de casos de tuberculose (taxa de prevalência de 57 por cem mil, em 2006). A prevalência da doença rondava os 0,8% em 2005. Em 2006 foram registados 2 011 casos, dos quais 1019 evoluíram para doença e, destes, mais de 50% resultaram em óbito (Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra, Dezembro 2006).

Dos oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) indicados pelas Nações Unidas (NU) até ao ano 2015, três referem-se especificamente à saúde, nomeadamente:
- Reduzir em 2/3 a mortalidade entre os 0-5 anos (ODM 4);
- Reduzir em ¾ a mortalidade materna (ODM 5).

• Parar e reverter a incidência e prevalência da malária, tuberculose e VIH/SIDA (ODM6);

De uma maneira geral, tem-se verificado uma melhoria dos indicadores de saúde relacionados com os ODM, excepto no que diz respeito à prevalência de HIV, da mortalidade por malária e da incidência da tuberculose (Quadro 10).

2. O Estado dos RHS

A situação dos recursos humanos da saúde conheceu avanços significativos depois da independência. Registou-se um aumento significativo do número de médicos e enfermeiros mas o país continua a debater-se com a carência de pessoal. Houve um alargamento significativo da rede sanitária do país, que tentou acompanhar a criação de novos municípios. A distribuição geográfica dos RHS tem sido feita em função das necessidades de afectação do momento e / ou das circunstâncias encontradas, o que explica as disparidades regionais no país.

Um dos maiores constrangimentos a referir tem a ver com a necessidade de um sistema de informação sobre os RHS. Não há informações sobre a situação dos RHS, quer a nível do sector privado, quer da formação no estrangeiro.

Até 1994, a gestão dos RHS foi feita a nível da Direcção Geral da Saúde, altura em que foi criada a Direcção Geral dos Recursos Humanos, órgão central com competência na matéria. Até à presente data, a Direcção de Serviços dos Recursos Humanos não foi implementada.

A Direcção Geral dos Recursos Humanos e Administração não tem pessoal nem em número suficiente nem com formação na área. O Director Geral é o único técnico superior do serviço.

A nível dos Hospitais Centrais também não existe o cargo de responsável pelos RHS nem nas Delegacias de Saúde. Há uma grande carência de pessoal com formação em gestão.

O facto de Cabo Verde ser um país insular tem representado, para as autoridades sanitárias do país, um desafio importante no que respeita à distribuição geográfica do pessoal do sector. Há fortes variações da densidade médica entre os municípios, com uma forte concentração dos RHS na Praia e São Vicente, os dois maiores centros urbanos que albergam, cada um, um hospital de referência nacional. Nestes municípios estão afectos cerca de 70% dos médicos e 60% dos enfermeiros. Todos os níveis do sistema de saúde referem um número insuficiente de profissionais.

O rácio enfermeiro / médico é de 2 para 1. Nalguns estabelecimentos de saúde, os serviços médicos dependem em grande parte, senão totalmente, de assistência técnica internacional. A transição epidemiológica do país também levanta outras questões. Há um aumento claro de doenças não transmissíveis e existe um número reduzido de pessoal de saúde qualificado para o acompanhamento e tratamento destes casos.

Não existem no país, escolas de formação médica. Todos os médicos são formados no estrangeiro, nomeadamente em Portugal, Brasil e Cuba, com todas as consequências que daí advêm, desde a duração da formação no estrangeiro ao risco de emigração. Em 2005 o rácio global dos profissionais de saúde por mil habitantes era de 1,8 (PEDRHS, 2005). No entanto, a meta preconizada para a concretização dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio é de 2,5 por mil habitantes, valor considerado como o nível mínimo de força de trabalho *(In* Addressing Africa´s Health Workforce Crisis).

A tendência observada nos últimos anos aponta para um ligeiro aumento do rácio de médicos por 10 000 habitantes. A evolução tem sido mais favorável no que diz respeito aos enfermeiros.

Em 2005, foi elaborado pelo Ministério da Saúde um Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde – 2005 – 2014, com os objectivos de:

• Promover rotinas de gestão e planificação do pessoal de saúde, designadamente em relação às necessidades do Sistema Nacional de Saúde;
• Contribuir para a formação e o aperfeiçoamento das diferentes categorias de pessoal necessárias, através da optimização de oportunidades dentro ou fora do país;
• Reforçar a colaboração do sector público com as associações profissionais de saúde;
• Promover uma distribuição racional do pessoal de saúde por todo o país;
• Apoiar medidas que visem a motivação e a estabilidade dos quadros de pessoal de saúde.

Realça-se a seguinte passagem do Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde – 2005 – 2014: *"Em rigor, a gestão dos RHS necessita de um documento de política, que permita orientar, coordenar e acompanhar o crescimento qualitativo e quantitativo dos recursos humanos e avaliar o seu impacto na melhoria da saúde. Em Cabo Verde, apesar dos instrumentos de gestão dos RHS e das medidas legislativas específicas relativas ao pessoal da saúde, com destaque para as carreiras médicas e de enfermagem, persistem lacunas a nível de incentivos que apoiem o recrutamento para determinados cargos e funções, nomeadamente nas delegacias de saúde e nos programas de saúde, e a manutenção de um tal quadro de forma sustentada e estabilizada."*

2.1 Densidade dos RHS

A carência de RHS em Cabo Verde é um grande desafio. O país está longe de possuir uma distribuição equitativa dos RHS que facilite o acesso aos cuidados de saúde. Acreditamos que a falta de uma política de desenvolvimento dos recursos humanos, bem como a não implementação do Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (pelo seu elevado custo), a inexistência de instituições de ensino superior e de um sistema de informação eficaz e eficiente, estão na base da distribuição desajustada dos RHS (Quadro 11).

2.2
Distribuição dos RHS

Há grandes disparidades regionais na distribuição dos recursos humanos. Regista-se uma forte concentração do pessoal médico e de enfermagem em dois municípios do país, Praia e S. Vicente.

No Quadro 12 podem verificar-se as disparidades regionais existentes se se compararem os rácios de maior densidade médica entre os concelhos e em função da densidade demográfica.

À densidade demográfica dos concelhos será útil adicionar, nas regiões menos favorecidas, os factores isolamento e dificuldade de acesso a uma estrutura de nível primário ou secundário. Verificando alguns dados constatamos que a distribuição dos recursos humanos pelas ilhas do norte (Barlavento) é de 1 médico para 2063 habitantes e de 1 enfermeiro para 1927 habitantes enquanto que para as ilhas do sul (Sotavento) as médias são de 1 médico para 3165 habitantes e de 1 enfermeiro para 1269 habitantes. Não nos foi possível obter informações que nos permitissem fazer uma análise evolutiva da situação (Quadro 12). No anexo III incluem-se tabelas com a distribuição dos recursos humanos por categoria, por concelho e por estrutura de diferentes níveis, em todo o país.

2.3
Desempenho dos RHS

No documento de Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde – 2005-2014 (Ministério da Saúde), afirma-se que *a quase totalidade dos profissionais no sector privado encontra-se em regime de acumulação, o que poderá interferir no bom desempenho dos serviços públicos, apelando para um acompanhamento sistemático desta situação e, se for o caso, para uma consequente revisão da regulamentação do sector privado no sentido de uma maior complementaridade entre os sectores e que seja a mais benéfica para a saúde das populações.*

O **Quadro 13** descreve alguns indicadores relacionados com o desempenho dos RHS.

2.4
Problemas transversais aos recursos humanos da saúde

Os problemas transversais aos recursos humanos para a saúde têm essencialmente a ver com questões salariais, incentivos, formações / actualizações, emigração e exercício em condições de isolamento, o duplo emprego, o absentismo e condições de trabalho, bem como com a situação precária de alguns trabalhadores do sistema. Não há dados disponíveis sobre a emigração dos RHS, mas sabe-se que o problema existe sobretudo na classe médica: por não haver uma faculdade de medicina no país, todos os profissionais fazem a formação no estrangeiro.

Porém, existem outros meios de perda dos RHS através de mecanismos legais de colocação em licença sem vencimento, muitas vezes para exercício noutras instituições ou agências internacionais, onde os níveis salariais são muito mais atractivos.

A Lei de Bases da Saúde estipula ainda o direito de acesso à formação e ao aperfeiçoamento profissional (artigo 28) e as carreiras médica e de enfermagem (aprovadas em 1995 através das leis 148/IV/95 e 149/IV/95, de 7 de Novembro) contemplam que a formação dos quadros deve ser contínua, planeada e programada (artigo 4).

A formação do pessoal da saúde em Cabo Verde não está regulada. Tem sido feita por iniciativa do Ministério da Saúde. Foram organizados vários cursos, todos eles com um diploma legal próprio. Constará dos anexos um documento com os cursos realizados.

As carreiras médica e de enfermagem preconizam a jornada contínua de 35 horas semanais, dividida em dois períodos de trabalho, de 40 horas semanais e situações especiais de serviços de urgência, regime de chamada e / ou de disponibilidade permanente, regime de turno (enfermeiros), turnos nocturnos que contemplam sete horas de descanso remuneradas e turnos de fins-de-semana e feriados, com remuneração pelo trabalho prestado (Ministério da Saúde).

3.
Políticas que influenciam os RHS

3.1
Financiamento

A Lei de Bases da Saúde estabelece que o financiamento dos cuidados de saúde prestados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é garantido pelo Orçamento de Estado, pelos utentes e pelas entidades gestoras dos seguros de doença.

O Estado é o principal financiador da Saúde e cerca de 7,0% do seu orçamento geral é afecto à saúde. Uma outra parte é suportada pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS); as despesas públicas com a saúde representam 82% do total (54% do Ministério da Saúde e 28% do INPS), correspondente a 3,7% do Produto Interno Bruto (dados de 2002, MS). As fontes de financiamento da Saúde são: o orçamento do Ministério da Saúde (39%), a ajuda externa (cerca de 16%), o INPS (28%) e os particulares incluindo o pagamento directo e através de seguros (28%). Cerca de 70 % do orçamento do Ministério da Saúde é afecto às despesas com os recursos humanos (FONTE).

O **Quadro 14** descreve alguns indicadores relacionados com o financiamento dos RHS.

Vários factores estão relacionados com a atractividade das profissões de saúde ou a satisfação dos profissionais de saúde.
Com a criação das carreiras médicas e de enfermagem os médicos e os enfermeiros conseguiram alguns benefícios, tais como a dispensa dos serviços de urgência depois dos 55 anos de idade.

Ao nível do Ministério da Saúde existe um sistema burocrático de avaliação dos membros dos RHS pelo seu superior hierárquico, que tem como critérios, entre outros, a pontualidade e a disciplina. É com base neste modelo que, anualmente, o técnico é avaliado e se pondera a sua promoção.

As formações e / ou reciclagens no país ou no estrangeiro têm servido como motivação, assim como a participação em seminários e / ou congressos internacionais. Um inquérito realizado em 2003 por Pitt Reitmaier, da Heideiberg University, sobre motivação e conhecimentos abrangeu oitenta técnicos da ilha de S. Vicente, S. Antão e S. Nicolau. Trinta e três por cento dos técnicos entrevistados afirmavam ter recebido formação / reciclagem, com uma variação de um mínimo de 30% para os enfermeiros e de um máximo de 41% para os agentes sanitários. Os técnicos entrevistados apontaram mais vezes como factor de motivação a remuneração, os recursos materiais, a organização e a gestão. Segundo o mesmo inquérito, 42,2% dos entrevistados considera baixa a remuneração e 23,6% muito baixa. No documento de consulta, afirma-se não existir um relatório detalhado do inquérito que possibilite uma análise mais aprofundada do estudo. Não se conhece outro estudo realizado sobre o grau de satisfação dos trabalhadores da área da saúde. Para além de remunerações extraordinárias contempladas no Plano de Cargos Carreiras e Salários, não há nenhum outro sistema de incentivo. A avaliação de desempenho, tal como referido, é feita conforme a legislação que estipula as condições para a avaliação dos funcionários públicos. Existem directrizes próprias para as várias categorias profissionais, com base nas quais é feita a promoção e a progressão na carreira. Este método tem sido muito contestado pelos profissionais. Tomámos conhecimento da intenção de regulamentação da avaliação de desempenho, sem contudo ter sido possível a confirmação da informação.

3.2 Educação

O ensino superior em Cabo Verde funciona há alguns anos, embora apenas na área da Educação. Recentemente, com a criação e instalação da Universidade privada Jean Piaget, em 2001, são organizadas formações na área da saúde, nomeadamente em Ciências Farmacêuticas, Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia, com graus de licenciatura e bacharelato.

Os cursos médios de enfermagem funcionam desde 1977 na Praia e no Mindelo, cidades que possuem uma escola de enfermagem, a Escola Manuel Olímpio e a Hugo de Barros, respectivamente. Estes cursos têm sido financiados pelo Estado através do orçamento do Ministério da Saúde e organizados a cada três anos por razões que se prendem com a falta de capacidade do país na condução de cursos anuais e regulares. Este modelo tem resolvido parcialmente os problemas do país, mas também colocado outros que se prendem com a absorção pelo sistema de um grupo grande de enfermeiros (cerca de 236 para cada uma das escolas) de três em três anos. A partir dos anos noventa passou a ser exigida, como escolaridade mínima para a inscrição nestas formações, o 9º ano de escolaridade.

Juntam-se (Anexo IV) tabelas com dados sobre os cursos realizados, o número de inscritos e formados pelas duas escolas de enfermagem.

O **Quadro 15** indica os valores para os indicadores sobre educação disponíveis.

3.3 Gestão

O **Quadro 16** resume alguns indicadores relacionados com o contexto do sector público / administração pública e pela orientação (*stewardship*) dos RHS.

A regulamentação da Lei de Bases da Saúde 62/III/89 permitiu o exercício da actividade privada nos vários domínios da prestação dos cuidados de saúde, em todas as categorias profissionais. Desde então, tem vindo a desenvolver-se na cidade da Praia e no Mindelo, tendo sido recentemente alargada a outros concelhos do país.

Existem, no país, cerca de 50 gabinetes de consultas médicas e de estomatologia, laboratórios de análises clínicas e gabinetes de fisioterapia.

A contratação do pessoal é feita conforme a legislação em vigor e em duas categorias: pessoal de quadro ou eventual.
O pessoal do quadro é normalmente admitido como provisório durante o primeiro ano, podendo manter-se por um período não determinado. O recrutamento não é feito por concurso. As candidaturas são feitas junto da Direcção Geral dos Recursos Humanos e Administração e, conforme as necessidades e existência de vagas, é enviada a proposta ao Ministério da Administração Pública que desencadeará o processo de recrutamento. Contudo, o Plano de Cargos, Carreiras e Salários e as carreiras médicas e de enfermagem prevêem o recrutamento por concursos de ingresso.

A selecção dos quadros da saúde deveria ser feita conforme estipulado no decreto-lei que define as condições de organização e realização de concursos, ou seja, através de avaliação curricular, provas de conhecimento e entrevistas em situações que o cargo ou a função assim o exijam. Todo o processo depende da existência de vagas e da disponibilidade orçamental.

A outra categoria de pessoal refere-se aos eventuais, com uma situação de trabalho precária, sem vínculo à administração pública. Actualmente, o recrutamento do pessoal eventual é feito com base nas receitas próprias das estruturas de saúde. Quanto às transferências dos recursos humanos da saúde, desde sempre constituíram um grande problema. A insularidade e o isolamento dos técnicos em funções em zonas rurais, bem como a não existência de critérios claros de definição das condições de transferência, período de duração e incentivos à colocação nas zonas periféricas, persistem, embora com algumas melhorias. Estas prendem-se com a maior rotatividade dos técnicos permitida pelo aumento do seu número, o que tem permitido uma substituição programada.

Todos os funcionários públicos (profissionais da saúde inclusive) estão sujeitos a um decreto que regula as transferências (por conveniência de serviço, iniciativa própria), demissão (em caso de infracções) e / ou exoneração ou rescisão do contrato.

O **Quadro 17** resume alguns aspectos específicos da gestão de RHS.

As visitas de supervisão às unidades de saúde são realizadas trimestralmente (DGS, 1998). O **Quadro 18** resume os dados recolhidos sobre o sistema de informação sobre RHS em Cabo-Verde.

4. Condições de implementação de bibliotecas virtuais em saúde (BVS)

Existe, a nível do Mistério da Saúde, o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário, serviço que garante a coordenação multissectorial das acções subjacentes ao desenvolvimento sanitário, com as seguintes atribuições:

- Promover o desenvolvimento sanitário do país, numa base institucional e multissectorial, articulando as relações entre o sector da Saúde e outros sectores públicos e privados, de forma a contribuir para a resolução dos problemas de saúde nacional;
- Assegurar o secretariado do Conselho Nacional de Saúde;
- Divulgar atitudes e conhecimentos necessários à adopção de estilos de vida saudável, através de técnicas adequadas de informação, educação e comunicação para a saúde;
- Assegurar a coordenação, o apoio técnico e a avaliação da componente de educação para a saúde dos programas de cuidados primários de saúde, em estreita articulação com a Direcção Geral da Saúde e outros parceiros;
- Promover e organizar acções de formação de recursos humanos para o desenvolvimento sanitário;
- Promover a criação de uma base nacional de dados e documentação técnica e científica com interesse para o desenvolvimento sanitário;
- Apoiar o envolvimento das comunidades e incentivar as contribuições da saúde para as actividades de desenvolvimento integrado.

Este serviço já tem uma biblioteca que poderia ser melhorada e adaptada às necessidades da BVS.

5. Bibliografia Consultada

- The World Bank, (2007). *Africa Development Indicators.*
- *(2008). Banco de Cabo Verde – Relatório Anual, Balanço e Contas, Exercício 2007,* Praia, Cabo Verde.
- Gabinete de Estudos e Planeamento, (1998). *Carta Sanitária de Cabo Verde*, Praia, Cabo Verde.
- Ministério das Finanças e Planeamento, (2004). *Documento de Estratégia de Crescimento e de Redução da Pobreza*, Paria, Cabo Verde.
- Gestão Financeira dos Sistemas educativos – *Orçamento e despesas de Educação – Perspectivas em Cabo Verde, Angola, Moçambique,* Instituto Internacional de Planeamento da Educação. http://www.unesco.org-ileb
- *Indicadores de Desenvolvimento Humano 2006/2007/2008,* UN.
- Instituto Nacional de Estatística, (2005). *II Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva* (IDSR II).
- Direcção Geral da Saúde, (1998). *Manual do Delegado de Saúde,* Praia, Cabo Verde.
- *Projecto de Orçamento do Estado para 2005,* Ministério das Finanças e Planeamento.
- OMS, (2006). *Financiamento da Saúde: Estratégia para a Região Africana*, AFR/ RC56/10.
- Organization Mondial de la Santé. *Statégie de Coopération de l´OMS Avec les Pays,* République du Cap Vert, 2002 – 2005.
- Gabinete do Secretariado de Estado da Administração Pública (2007). *Perfil dos Recursos Humanos da Administração Pública de Cabo Verde.*
- Ministério da Saúde, (2005). *Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde,* 2005 – 2014, Praia, Cabo Verde.
- *Plano Estratégico de Médio Prazo para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde nos PALOP: 2002 – 2006,* Divisão do Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde (DSD), OMS/AFRO.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde, (2006). *Política Nacional de Saúde – Para uma Reforma do Sector,* Praia, Cabo Verde.
- *Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra,* Direcção Geral da Saúde, Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose, 2007 - 2011, Praia, Cabo Verde.
- *Política Farmacêutica Nacional, Resolução Nº 16/2003- DGF,* MS, Cabo Verde.
- *Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem Estar de Cabo Verde,* QUIBB- CV2006, Instituto Nacional de Estatística, Cabo Verde.
- Ministério da Saúde, (2005). *Relatório de Vigilância Epidemiológica 2003,* Serviço de Epidemiologia, Programa de Luta contra a Sida, Praia, Cabo Verde.
- Gabinete de Estudos e Planeamento, (2006). *Relatório Estatístico 2005*, Ministério da Saúde, Praia, Cabo Verde.
- Gabinete de Estudos e Planeamento, (2007). *Relatório Estatístico 2006, Ministério da Saúde,* Praia, Cabo Verde.
- *Relatório Estatístico 2007,* Ministério da Saúde, Gabinete de Estudos e Planeamento, Outubro 20068 Praia, Cabo Verde.
- Só Valdez, Tomaz; (2007).*Regionalização e Integração Sistémica: Cenários para a Reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde*, Rio de Janeiro.
- Instituto Nacional de Estatística, (2008). *Resultados da Revisão das Projecções Demográficas* – Cabo Verde, 2000-2020.
- (2006). World Health Statistics. http://www.who.int/whosis
- *The World Health Report 2007 – A Safer Future, Global Health Security in the 21st century,* World Health Organization.

6. Anexo

Listagem de todos os indicadores relacionados com os RHS, definidos para a elaboração da monografia, com indicação de ter sido ou não encontrada informação (✕ – dados inexistentes; ✓– dados existentes).

Ponto de Situação para CABO VERDE
Quadros

Quadro 9 – ALGUNS INDICADORES MACROECONÓMICOS

INDICADORES MACROECONÓMICOS		VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Número de habitantes		434 625	2000	INE, censo 2000	476 163	2006	Banco Mundial, 2008
Taxa de crescimento populacional anual (%)		2,4	1990	INE, censo 1990	1,2	2006	Banco Mundial, 2008
Esperança média de vida (anos)		49	1975	Banco Mundial, 2008	72	2006	Banco Mundial, 2008
Distribuição geográfica da população (% população urbanizada)		21,4	1975	PNUD, 2007/2008	58	2006	Banco Mundial, 2008
Principais sectores de actividade (% do PIB)	Sector Primário	10,9	2000	INE, Censo 2000	3	2005	Banco Mundial, 2008
	Sector Secundário	17,6			28		
	Sector Terciário	71,6			69		
Produto Interno Bruto (biliões de USD)		0,522	1998	FMI, 2008	1,445	2007	FMI, 2008
Produto Interno Bruto per capita (USD)		1 726	1998	FMI, 2008	3 720	2007	FMI, 2008
Crescimento anual do PIB (%)		4,1	2000	Banco Mundial, 2008	3,8	2007	Banco Mundial, 2008
Percentagem da população que vive com menos de 2 USD por dia*		30	1988/1989	INE (EDRF)	36,7	2001/2002	INE, (EDRF)
Percentagem da população que vive com menos de 1 USD por dia*		14	1988/1989	INE (EDRF)	19,7	2001/2002	INE (EDRF)
Percentagem do PIB gasto com a educação		3,6	1991	PNUD, 2007/2008	6,6	2005	PNUD, 2007/2008
Taxa de escolarização primária nacional		72,6 (masculino) 70,4 (feminino)	1990/1991	PNUD, 2008	96,5	2008	PNUD, 2007/2008
Número de Bibliotecas com informação sobre saúde*		3	1992	MS	3	2008	MS
Percentagem do PIB gasto com a saúde		3,7	2002	PNUD, 2007	3,9	2004	PNUD, 2007
Proporção dos 20 maiores doadores que referem, explicitamente, os RHS como prioridades nos seus planos estratégicos		ND	-	-	ND	-	-
Proporção dos 20 maiores doadores que publicaram um documento estratégico para os RHS nos últimos 20 anos		ND	-	-	ND	-	-
Proporção dos gastos com a saúde provenientes de tarifas e taxas		ND	-	-	ND	-	-
Proporção do orçamento da saúde na despesa pública		8,8	2002	Ministério das Finanças, 2003	9	2005	Ministério das Finanças, 2006, PNUD, 2007
Proporção do orçamento dos RHS no orçamento público de saúde		ND	-	-	70	2006	Ministério Finanças, 2006

Legenda: INE: Instituto Nacional de Estatística (Cabo Verde); PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (United Nations Development Program); PIB: Produto Interno Bruto; RHS: Recursos Humanos da Saúde; *Os dados relativos à pobreza, foram retirados dos inquéritos sobre as despesas e receitas das famílias (EDRF) em 1988/1989 e 2001/2002, realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). A taxa de pobreza relativa (< 2 dólar) é definida pelo INE segundo uma linha de pobreza estimada em 60% da mediana das despesas anuais por habitante e, a pobreza extrema (< 1 dólar) corresponde a 40% do nível médio das despesas anuais. De referir que a pobreza rural e urbana aumentaram entre 1989 e 2002: passou de 46% para 51% no meio rural e de 18% para 25% no meio urbano.

Quadro 10 – EVOLUÇÃO DE ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE RELACIONADOS COM OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO

INDICADOR		VALOR	ANO	VALOR	ANO
ODM4	Taxa de Mortalidade em crianças com ≤ 5 anos (1 000 nados vivos)	74,6	1995	25,7	2007
	Taxa de mortalidade infantil (por 1 000 nados vivos)	57,9		21,7	
	Taxa de cobertura vacinal: sarampo (% de crianças com idade compreendidas entre 12-23 meses)	73	2000	80	2006
ODM5	Mortalidade materna (por 100 000 nados vivos)	71,1	1995	16,2	2007
	Partos assistidos por profissionais da saúde qualificados (% do total)	89,0	1998	65,1	2006
ODM6	Prevalência de HIV (% de indivíduos com idades entre os 15-49 anos)	0,4	2005	0,8	2007
	Mortalidade por malária (por 100 000 pessoas)	0,21	2005	1,4	2006
	Incidência da tuberculose (por 100 000 pessoas)	51	2000	59,8	2007
	Casos de tuberculose detectados sob DOT (% de casos estimados)	100	2005	100	2006

Fontes: World Bank, The International Bank for Reconstruction and Development (2008). *Africa Development Indicators: 2007*. Washington, D.C., USA; *Relatório Estatístico 2007*, Ministério da Saúde Cabo Verde
Notas: ODM – Referente aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio definidos pelas Nações Unidas a serem alcançados até 2015; De referir que alguns valores encontrados para o mesmo indicador diferem de fonte para fonte. Nalguns casos, referentes aos vários documentos de consulta do Ministério da Saúde, esse valor não é coincidente.

Quadro 11 – DENSIDADE DOS RHS (ANO DE REFERÊNCIA E ÚLTIMO ANO DISPONÍVEL)

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Número de médicos por 10 000 habitantes	4,0	2000	OMS, 2006	4,5	2006	GEP/MS, 2008
Número de enfermeiros por 10 000 habitantes	6,9	2000	GEP-MS, 2005	9,3		
Número de técnicos de laboratório por 10 000 habitantes	2,0	2004	Banco Mundial, 2008	2,0		
Número de pessoal de farmácia por 10 000 habitantes	<1	2004	Banco Mundial, 2008	<1		
Número do pessoal de saúde pública e medicina preventiva 10 000 habitantes	<1	2004	Banco Mundial, 2008	<1		
Número dos técnicos superiores por 10 000 habitantes *	1,23	2005	MS, 2005	1,2	2006	MS,2005
Número de técnicos-adjuntos e profissionais **	2,2	2005	MS, 2005	2,2	2006	MS, 2005

*Nesta categoria estão incluídos os fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, juristas, farmacêuticos, dentistas, analistas clínicos, biólogos e administradores hospitalares; ** Nesta categoria estão incluídos os técnicos sociais, técnicos de oftalmologia, de radiologia, técnicos profissionais de laboratório, técnicos-adjuntos de laboratório, técnicos de farmácia, estatística, fisioterapia, manutenção biomédica, higiene e epidemiologia, parteiras e técnicos de prótese dentária.

Quadro 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS RHS (ÚLTIMO ANO DISPONÍVEL)

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de médicos por região (clínicos gerais e especialistas)	7	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de clínicos gerais por região	3,5	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de ginecologistas por região	1,6	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de pediatras por região	5,4	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de cirurgiões gerais por região	2	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de estomatologistas por região	3,5	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de neonatologistas por região	1,2	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de nutricionistas por região	1,7	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de farmacêuticos por região	1,2	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de enfermeiros por região	4,4	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de enfermeiro obstetra por região	4,3	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de auxiliar de enfermagem por região	12,8	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de auxiliar de saúde reprodutiva por região	4,6	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de técnico superior de laboratório por região	2,1	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de técnico auxiliar de laboratório por região	13,8	2005	GEP, 2006
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de agentes sanitários por região	6,9	2005	GEP, 2006
Rácio de enfermeiros para médicos	2	2006	GEP, 2006

Quadro 13 – INDICADORES RELACIONADOS COM O DESEMPENHO DOS RHS (ANO DE REFERÊNCIA E ÚLTIMO ANO DISPONÍVEL)

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Orçamento anual para os RHS / total do orçamento anual para a saúde (%)	70	2000	MS	70	2006	MS
Rendimento anual médio por médico (USD)	14 994	2004	MS	ND	-	-
Rendimento anual médio por enfermeiro (USD)	9 371,30	2004	MS	ND	-	-
Rendimento anual médio por técnico superior (USD)	11 245,56	2004	MS	ND	-	-
Rendimento anual médio por técnico profissional (USD)	7 497,04	2004	MS	ND	-	-
Rendimento anual médio por agente sanitário (USD)	1 874,26	2004	MS	ND	-	-
Demora média hospitalar: Hospital Baptista de Sousa (HBS) (dias)	8,3	2003	MS	8,4	2007	MS
Demora média hospitalar: Hospital Regional da Ribeira Grande (HRRG) (dias)	ND*	-	-	5,5	2007	MS
Demora média hospitalar: Hospital Regional Santiago Norte (HRSN) (dias)	ND	-	-	7,9	2007	MS
Demora média hospitalar: Hospital regional São Felipe (HRSF) (dias)	ND	-	-	5,8	2007	MS
Número de atendimentos em consultas <1 ano	10 719	2005	MS	9 731	2007	MS
Número de atendimentos em controlos <1 ano	11 989	2005	MS	89 218	2007	MS
Número de atendimentos em consulta pré-natal	13 771	2005	MS	10 705	2007	MS
Número de atendimentos em consulta pós-parto	3 692	2005	MS	4 852	2007	MS
Número de atendimentos em vacinação antitetânica de grávidas (1ª, 2ª, 3ª e reforços)	11 554	2005	MS	13 690	2007	MS
Número de atendimentos em vacinação antitetânica de mulheres não grávidas em idade fértil (1ª, 2ª, 3ª e reforços)	ND	ND	ND	131 856	2007	MS
Número de atendimentos em planeamento familiar (contracepção oral, injectável, aparelho intra-uterino, preservativos masculino e feminino, laqueação das trompas e implantes)	-	-	-	1 593 917	2007	MS

* O hospital abriu recentemente; ECV: escudo cabo-verdiano, moeda nacional. 1 Euro equivale 110,265 ECV; 1 Dólar comercial equivale a 81,232 ECV; 1 Dólar Internacional equivale a 39,84 ECV; Taxas de câmbio de 17/08/2007; A paridade com o Euro é fixada pelo acordo com Portugal.

Quadro 14 – INDICADORES RELACIONADOS COM O FINANCIAMENTO DOS RHS

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE
Nível médio salarial por médico geral (USD)	1 132,84	2007	MS
Nível médio salarial por médico graduado (USD)	1 287,34	2007	MS
Nível médio salarial por médico assistente (USD)	1647,74	2007	MS
Nível médio salarial por médico principal (USD)	1853,76	2007	MS
Nível médio salarial por enfermeiro geral (USD)	637,704	2007	MS
Nível médio salarial por enfermeiro graduado (USD)	776,345	2007	MS
Nível médio salarial por enfermeiro assistente (USD)	919,73	2007	MS
Nível médio salarial por enfermeiro principal (USD)	1053,64	2007	MS
Despesa com a saúde em proporção do PIB	3,9	2004	Nações Unidas (UN), 2007/2008
Despesa total de saúde per capita em USD PPP	225	2004	UN, 2007/2008

Quadro 15 – INDICADORES SOBRE A EDUCAÇÃO EM CABO VERDE

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Percentagem de alunos a frequentar o ensino secundário	65	2000	ME	69,5	2006	Ministério da Economia (ME)
Percentagem de alunos que terminaram o ensino secundário	54	2000	ME	59,9	2006	ME

Quadro 16 – INDICADORES RELACIONADOS COM O CONTEXTO DO SECTOR PÚBLICO / ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

INDICADOR	VALOR	NOTAS
Escolha sobre o salário (pouca, moderada, elevada)[66]	Pouca	Existe uma política salarial para a Administração Pública de acordo com o Orçamento Geral do Estado.
Capacidade de contratar (baixa, média, elevada)	Média	O Ministério da Saúde tem recrutado o maior número de profissionais até muito recentemente. Com o aumento da prática privada e os salários praticados em empresas, ONG´s e Agências das Nações Unidas, a situação foi alterada.
Capacidade para dispensar (baixa, média, elevada)	Baixa	Tendo vínculo com a Função Pública, é totalmente dependente das estruturas centrais. No caso dos assalariados, a capacidade a nível da periferia é maior, podendo ser considerada média.
Autonomia sobre mapas de pessoal e distribuição de pessoal a nível institucional (baixa, média, elevada)	Dependente do nível central	A distribuição do pessoal recrutado pelo MS é feita pela estrutura central do MS. Após colocação nas delegacias de saúde, cabe ao delegado de saúde, autoridade sanitária do concelho, fazer a gestão a nível local; nestes casos a autonomia é grande.
Autonomia sobre recrutamento (baixa, média, elevada)	Dependente do nível central	Depois do ingresso no quadro do pessoal do MS, o técnico é colocado numa das estruturas de saúde. O processo é moroso e burocrático. Todos são nomeados a nível central com excepção dos Agentes Sanitários e outro pessoal não qualificado (jardineiros, guardas nocturnos, auxiliares de limpeza).

[66] Capacidade de negociação do salário.

(O Quadro 16 segue na página ao lado)

INDICADOR	VALOR	NOTAS
Autonomia sobre transferências (baixa, média, elevada)	Dependente do nível central e das delegacias de saúde	As transferências são, por um lado, responsabilidade do nível central e, nos casos de técnicos já afectos ás delegacias de saúde, da responsabilidade do delegado de saúde.
Autonomia sobre promoções (baixa, média, elevada)	Dependente do Ministério a nível central e da disponibilidade de vagas e financeira (Finanças)	Os profissionais podem evoluir na sua carreira por promoção ou por progressão. A progressão faz-se por mudança de escalão, dentro da respectiva faixa salarial. Alguns requisitos para promoção ou progressão incluem tempo mínimo de 3 anos completos de serviço efectivo na classe ou categoria em que está enquadrado; desempenho com classificação de serviço não inferior a bom; e existência de disponibilidade de vaga e orçamental.
Autonomia sobre alocação de recursos (% de despesa local autorizada por autoridade superior)	Dependente do Ministério da Saúde.	Dependente do Ministério das Finanças e do Ministério da Saúde. Se se tratar de agentes sanitários ou outro pessoal sem vínculo à Função Pública, o nível periférico (Delegacias de Saúde) pode assumir os encargos com a remuneração através de fundos próprios, mas sempre com autorização do nível central.
Existência de iniciativas alargadas do sector público relativamente aos RHS.	ND	-
Percentagem do orçamento destinado à gestão dos RHS	Variável ao longo do tempo. Actualmente aproximadamente 70% (206, GEPS- MS)	Segundo o MS, as despesas com os RHS com base nas hipóteses feitas em função da sua evolução, do crescimento nominal anual dos salários de 1,5% da introdução de novas remunerações para serviço de urgências e dos custos relacionados com os médicos colocados na periferia passarão de 388 milhões ECV em 2005 para 527 milhões em 2014. Isto representa um aumento da despesa superior a 100%, entre 2003 e 2014 (os valores referem-se aos médicos).
Número de gestores de RHS de alto nível a tempo inteiro	1	Só existe um técnico superior a nível central. As estruturas periféricas são geridas pelos delegados de saúde, licenciados em medicina, nalguns casos recém-formados, sem formação em gestão. Algumas dessas estruturas têm um administrador de saúde, com formação média. Os hospitais centrais também não possuem técnicos com formação superior em gestão.
Rácio de gestores centrais para gestores regionais	1:0	Um dos desafios para o sistema de saúde.
Existência de plano de gestão de RHS (Sim /Não)	Sim	Foi elaborado em Maio de 2005 pelo Ministro da Saúde de Cabo Verde o PNDRHS 2005-2014, não sendo o primeiro plano.
Percentagem de pessoal que recebeu formação em gestão no último ano	ND	Não há informação disponível sobre este assunto. Nos documentos consultados, não existe referência a formações na área de gestão.
Registo dos prestadores privados actualizado e correcto (Sim / Não)	Sim	O registo dos prestadores privados é feito a nível da Direcção Geral da Saúde, mas há outras instituições envolvidas no processo. A inspecção-geral deveria ser dotada de recursos com formação na área de recolha de informação e verificação da legalidade do registo.
Número de modelos de contratação permitidos	2	Os modelos de contratação permitidos na Administração Pública estão legislados e claramente definidos.
Número de categorias de profissionais de saúde do sector público com autorização para trabalhar pelo menos em part-time no sector privado	Possível para todas as categorias de RHS	Todos os profissionais em serviço no SNS podem trabalhar em regime de part-time no sector privado, desde que fora do horário normal de funcionamento ou a tempo inteiro no privado, requerendo para o efeito a colocação em licença sem vencimento.

Quadro 17 – Aspectos específicos da gestão de RHS em Cabo Verde

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Ficheiros com registos da história do empregado (S/N)	Sim	-	MS	Sim	-	MS
Directrizes de avaliação de desempenho documentadas e acessíveis (S/N)	Sim	-	MS	Sim	-	MS
Sistema de classificação de carreiras que identifica claramente os tipos de funções e a progressão na carreira (S/N)	Sim	1984	MS	Sim	2006	MS
Verificação dos registos relativos a recrutamentos, promoções e transferências,com os postos autorizados, os orçamentos anuais e os fundos disponíveis (Sim /Não)	Sim	-	MS	Sim	-	MS
Regularidade com que o sistema de gestão fornece informação sobre os indicadores (Relatório Estatístico e de actividades)	Anual	1984	MS	Anual	2007	MS
Regularidade com que o sistema de gestão fornece informação sobre a nosologia e necrologia	Mensal	1984	MS	Mensal	2007	MS
Regularidade com que o sistema de gestão fornece informação sobre Boletim Vigilância Epidemiológica	Semanal	1984	MS	Semanal	2007	MS
Percentagem de instituições que utilizam formulários de indicadores para reportarem a monitorização e avaliação (por exemplo, registos de morbilidade)	100	1984	MS	100	2007	MS
Percentagem de instituições que apresentam notificações de doença como estabelecido	100	1984	MS	100	2006	MS

Quadro 18 – INDICADORES SOBRE O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM RHS EM CABO VERDE

INDICADOR	GRAU DE ADEQUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
O país tem legislação adequada que fornece uma estrutura para a informação em saúde.	Desadequado	Existe um Plano Estratégico de desenvolvimento dos RHS mas, a sua implementação impõe custos onerosos para o país.
O Ministério da Saúde possui capacidades em áreas chave das ciências da informação (epidemiologia, demografia, estatística, informação e tratamento e comunicação de informação).	Desadequado	A divisão de epidemiologia da Direcção Geral da Saúde conta com uma epidemiologista para todas as tarefas a nível nacional. Existem técnicos médios nalgumas estruturas periféricas, mas não foi possível obter dados concretos através do MS.
Existe uma unidade administrativa funcional central no Ministério da Saúde que concebe, desenvolve e apoia a colheita, gestão, análise, disseminação e utilização de informação em saúde, incluindo a informação sobre RHS.	Existe mas não é adequado	Não parece existir uma unidade com essas funções específicas, embora parte das tarefas sejam distribuídas pelos vários serviços do MS. O Gabinete de Estudos e Planeamento tem sido o órgão que elabora os relatórios estatísticos do MS com base nos relatórios parciais enviados pelas estruturas.
No ano anterior foram desenvolvidas actividades de capacitação para o pessoal do sistema de informação em RHS quer a nível nacional quer a nível regional.	Desadequado	Não foram organizadas. Informação pouco fiável.
Assistência disponível, a nível nacional e regional, dados e software.	Desadequado	Não responde às necessidades.
Estão disponíveis materiais (formulários, lápis, papel e outros) necessários ao registo da informação.	Adequado	Todas as estruturas do país possuem, no seu orçamento, uma rubrica destinada aos bens não duradouros e materiais de secretaria.

(O Quadro 18 segue na página ao lado)

INDICADOR	GRAU DE ADEQUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Estão disponíveis computadores a nível nacional, regional e distrital de modo a permitir a compilação da informação.	Adequado	Todas as estruturas do país possuem os equipamentos indicados, que são distribuídos pela Direcção Geral da Administração e Recursos Humanos.
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (telefone) a nível nacional, regional e distrital.	Adequado	Existe a nível central e funciona regularmente. Nas estruturas periféricas, só existe nos hospitais distritais, centros de saúde e postos sanitários. As unidades sanitárias de base não estão equipadas com esses instrumentos de comunicação, que é feita através do telefone comunitário.
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (acesso à internet e e-mail) a nível nacional, regional e distrital.	Desadequado	Existe a nível central, nos hospitais regionais e centros de saúde. Funciona com limitações a nível periférico.
Existe uma base de dados dos RHS que monitoriza o número de profissionais de saúde nas principais categorias profissionais que trabalham quer no sector público quer no sector privado.	Desadequado	Não existe uma base de dados nacional de RHS. Não foi possível obter mais informações sobre esta matéria.
Existe uma base de dados nacional que monitoriza o número de graduações por ano de todas as instituições de formação na área da saúde.	Desadequado	Só para as escolas de enfermagem do país. Não existem outras instituições públicas de formação na área da saúde.
Recursos humanos para manter e actualizar a base de dados nacional dos RHS.	Desadequado	A Direcção Geral da Administração e Recursos Humanos só possui um técnico superior e técnicos administrativos.
Tempo decorrido desde a última actualização da base de dados.	ND	Não foi possível obter dados. Pensamos não existirem, uma vez que o Plano Estratégico de Desenvolvimento de Recursos Humanos frisa a lacuna existente nessa área e as dificuldades encontradas na recolha de informação sobre a situação dos recursos humanos.
Existe um procedimento escrito para a gestão dos dados que inclui a colheita, preservação, limpeza, controlo de qualidade, análise e apresentação dos dados, implementado em todo o país.	ND	ND

6.
Anexos

Listagem de todos os indicadores relacionados com os RHS, definidos para a elaboração da monografia, com indicação de ter sido ou não encontrada informação (✗ – dados inexistentes; ✓– dados existentes).

INDICADOR	DADOS
Percentagem do PIB gasto com a saúde	✓
Proporção dos gastos com a saúde provenientes de tarifas e taxas	✗
Proporção do orçamento da saúde na despesa pública	✓
Proporção do orçamento dos RHS no orçamento público de saúde	✓
Número de médicos por 10 000 habitantes	✓
Número de enfermeiros por 10 000 habitantes	✓
Número de técnicos de laboratório por 10 000 habitantes	✓
Número de dentistas por 10 000 habitantes	✓
Número de técnicos de farmácia por 10 000 habitantes	✓
Número de outras categorias de RHS por 10 000 habitantes	✓
Rácio de densidade de médicos mais elevada por densidade mais baixa por região	✓
Rácio de densidade de enfermeiros mais elevada por densidade mais baixa por região	✓
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de outros RHS por região	✓
Rácio de homens para mulheres por categoria de RHS	✗
Rácio de enfermeiros para médicos	✓
Rácio de RHS não qualificados para qualificados	✗
Rácio de prestadores públicos para prestadores privados por categoria de RHS	✗
Orçamento anual para os RHS / total do orçamento anual para a saúde	✓
Número de RHS por categoria / orçamento anual para os RHS dessa categoria	✗
Total de gastos com RHS per capita	
Rendimentos anuais médios por categoria de RHS	✓
Demora média hospitalar	✓
Número médio de vacinas administradas por dia por número de pessoal de saúde	✓
Número de atendimentos em cuidados de saúde primários por total de pessoal	✓
Rupturas de stock de medicamentos essenciais	✓
Número de infecções cruzadas por número de doentes hospitalares	✓
Nível médio salarial por categoria de RHS	✓
Número de candidatos por vagas por categoria de RHS	✗
Estimativa do número de candidatos	✗
Percentagem de emigração por categoria de RHS	✗
Percentagem de imigração por categoria de RHS	✗
Taxa média de mortes por VIH/SIDA por categoria de RHS	✗

INDICADOR	DATA
Proporção de médicos que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde	×
Proporção de outras categorias de RHS que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde	×
Taxa de absentismo dos RHS	×
Número médio de horas de trabalho por semana por categoria de RHS	✓
Opiniões sobre se a motivação é, ou não, um problema	×
Nível médio salarial por categoria de RHS	✓
Rácio dos níveis salariais dos RHS para profissões comparáveis	×
Salário médio nas áreas rurais para salário médio nas áreas urbanas por categoria de RHS	×
Rácio dos níveis salariais médios dos homens para níveis salariais médios das mulheres dos RHS	×
Nível salarial como proporção da despesa governamental corrente	×
Despesa com a saúde em proporção do PIB	✓
Despesa total de saúde per capita em PPP	✓
Nível salarial dos RHS em comparação com o PIB per capita	×
Fornecimento de produtos farmacêuticos	×
Fornecimento de material cirúrgico	×
Tecnologias cirúrgicas	×
Profilaxia pós-exposição ao VIH	×
Luvas de boa qualidade	×
Agulhas e bisturis de boa qualidade	×
Existência de sub-especializações	×
Oportunidades de formação contínua	×
Benefícios de reforma	×
Cuidados prestados às crianças	×
Seguro de saúde	×
Seguro de Acidentes	×
Aconselhamento psicológico para os trabalhadores da saúde	×
Grupos de apoio de pares	×
Instalações	×
Equipamento de laboratório	×
Imagiologia	×
Percentagem de alunos a frequentar o ensino secundário	✓
Percentagem de alunos que terminaram o ensino secundário	✓
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas médicas	×
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de saúde pública	×
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de ciências farmacêuticas	×

INDICADOR	DATA
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de enfermagem e enfermagem obstétrica	✕
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas paramédicas ou escolas técnicas de saúde	✕
Proporção de graduados do ensino intermédio (pré-secundário) que se candidataram a escolas de enfermagem e enfermagem obstétrica	✕
Proporção de graduados do ensino intermédio (pré-secundário) que se candidataram a escolas paramédicas ou escolas técnicas de saúde	✕
Proporção de graduados do ensino intermédio e secundário que tiveram acesso a informação e campanhas de promoção dos RHS	✕
Custo médio da educação por formação de cada categoria de RHS	✕
Custo médio anual da educação para formação de enfermeiros gerais	✕
Custo médio anual da educação para formação de tecnologias da saúde	✕
Proporção de candidatos (total e por categoria) aceite numa instituição de formação de RHS específica	✕
Proporção de candidatos que aceitaram um lugar numa instituição de formação de RHS	✕
Proporção de alunos que terminaram a formação de RHS	✕
Proporção de graduados que entraram no sector da saúde	✕
Densidade regional de graduados (da mais elevada para a mais baixa)	✕
Proporção de RHS do sexo feminino	✕
Missão das instituições de RHS – Incluem declaração sobre a disponibilidade necessária à prestação de cuidados de saúde, a necessidade futura de formação, a responsabilidade social, a investigação e envolvimento comunitário.	✕
Participação dos alunos na prestação dos cuidados aos doentes (em número de horas semanais gastas com cuidados a pacientes)	✕
Proporção de cursos (disciplinas) dedicados às doenças prioritárias do país	✕
Capacidade de admissão de alunos relativamente à capacidade da instituição para a formação de RHS em todos os níveis de educação	✕
Política de admissões	✕
Mecanismos de actualização das competências dos professores	✕
Tamanho médio das turmas	✕
Número de computadores por aluno	✕
Número de computadores com acesso à internet por aluno (indicar a velocidade de banda)	✕
Envolvimento dos parceiros na avaliação dos programas	✕
Definição das estruturas de governação das instituições de formação – reflecte a representação do pessoal académico, estudantes e outros parceiros	✕
Linhas claras de responsabilidade e autoridade no *curriculum* e orçamento	✕
Mecanismos de revisão regular da formação dos RHS	✕
Actualização e desenvolvimento profissional contínuo	✓
Acesso a informação sobre saúde actualizada e relevante (referir se existe, onde aceder-lhe e como podem actualizar-se os profissionais)	✕
Número de horas por semana que o profissional dedica à sua própria capacitação / formação	✕

INDICADOR	DATA
Participação em discussões de grupo ou redes (indicar a frequência e o tipo - electrónicas ou presenciais)	×
Capacidade de escolha sobre o salário (pouca, moderada, elevada)	✓
Capacidade para contratar (baixa, média, elevada)	✓
Capacidade para dispensar (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre mapas de pessoal e distribuição de pessoal a nível institucional (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre recrutamento (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre transferências (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre promoções (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre alocação de recursos (% de despesa local autorizada por autoridade superior)	✓
Existência de iniciativas alargadas do sector público relativamente aos RHS	×
Percentagem do orçamento destinado à gestão dos RHS	✓
Número de gestores de RHS de alto nível a tempo inteiro	✓
Rácio de gestores centrais para gestores regionais	✓
Existência de plano de gestão de RHS (S/N)	✓
Percentagem de pessoal que recebeu formação em gestão no último ano	✓
Registo dos prestadores privados actualizado e correcto (Sim / Não)	✓
Número de modelos de contratação permitidos	✓
Número de categorias de profissionais de saúde do sector público com autorização para trabalhar pelo menos em regime de part-time no sector privado	✓
Ficheiros com registos da história do empregado (Sim / Não)	✓
Directrizes para consultar os ficheiros pessoais (Sim / Não)	×
Manual de ajuda à administração de pessoal (Sim / Não)	×
Directrizes de apreciação de desempenho documentadas e acessíveis (Sim / Não)	✓
Sistema de classificação de carreiras que identifica claramente os tipos de funções e a progressão na carreira (Sim / Não)	✓
Directrizes para formulários e procedimentos para aprovação de recrutamentos, promoções e transferências (Sim / Não)	×
Directrizes para formulários e procedimentos disciplinares, queixas e cessações	×
Verificação dos registos relativos a recrutamentos, promoções e transferências com os postos autorizados, os orçamentos anuais e os fundos disponíveis (Sim / Não)	✓
Número de vezes por ano que o sistema de gestão fornece informação sobre os indicadores	✓
Percentagem de instituições que utilizam formulários de indicadores para reportarem a monitorização e avaliação (por exemplo, registos de morbilidade)	✓
Percentagem de instituições que apresentam notificações de doença como estabelecido	✓
Rupturas de stock de medicamentos essenciais	×
Proporção de diferença entre os stocks com registo manual e o stock com registo informático	×
Percentagem de instalações com instalações aceitáveis de armazenamento	×
Número de horas efectivas de trabalho por número de horas de trabalho	✓

INDICADOR	DATA
Número e frequência de visitas de supervisão às unidades de saúde	✓
Número anual de pessoas que deixam os empregos por pessoal nos postos + pessoal que saiu	×
Frequência ou número de reuniões de pessoal por ano	×
Percentagem de minutas por agendas de reuniões	×
Oferta regular de módulos de gestão (Sim / Não)	×
O país tem legislação adequada que fornece uma estrutura para a informação em saúde	✓
O Ministério da Saúde possui capacidade em áreas chave das ciências da informação (epidemiologia, demografia, estatística, informação e tratamento e comunicação de informação)	✓
Existe uma unidade administrativa funcional central no Ministério da Saúde que concebe, desenvolve e apoia a colheita, gestão, análise, disseminação e utilização de informação em saúde, incluindo a informação sobre RHS	✓
No ano anterior foram desenvolvidas actividades de capacitação para o pessoal do sistema de informação em RHS quer a nível nacional quer a nível regional	✓
Assistência disponível, a nível nacional e regional, para a concepção, gestão e apoio a bases de dados e software	✓
Estão disponíveis materiais (formulários, lápis, papel e outros) necessários ao registo da informação	✓
Estão disponíveis computadores a nível nacional, regional e distrital de modo a permitir a compilação da informação	✓
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (telefone) a nível nacional, regional e distrital	✓
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (acesso a internet e e-mail) a nível nacional, regional e distrital	✓
Existe uma base de dados dos RHS que monitoriza o número de profissionais de saúde nas principais categorias profissionais que trabalham quer no sector público quer no sector privado	✓
Existe uma base de dados nacional que monitoriza o número de graduações por ano de todas as instituições de formação na área da saúde	✓
Recursos humanos para manter e actualizar a base de dados nacional dos RHS	✓
Tempo decorrido desde a última actualização da base de dados	✓
Existe um procedimento escrito para a gestão dos dados que inclui a colheita, preservação, limpeza, controlo de qualidade, análise e apresentação dos dados, implementado em todo o país	✓

III.

Ponto da Situação para a GUINÉ-BISSAU

Neves C, Fronteira I, Dussault G

1. Introdução

A República da Guiné-Bissau é um país situado na Costa Ocidental da África Subsaariana, numa extensão territorial de 36 125 km², dividida numa parte continental e noutra insular (arquipélago dos Bijagós). Faz fronteira com a República do Senegal a Norte, com a República da Guiné-Conacri a Sul e Sudeste e é banhada pelo Oceano Atlântico a Oeste.

O país tem vivido situações de instabilidade política e institucional e de recorrência à violência, materializada em repetidos golpes de Estado e conflitos armados.

O poder é legalmente exercido através de um sistema democrático, multipartidário, semi-presidencialista, com um Presidente eleito para um mandato de cinco anos (podendo ser reeleito para mais um) e uma Assembleia Nacional Popular eleita por 4 anos. Existe separação entre os poderes presidencial, legislativo, governativo e judiciário. Desde o conflito político armado de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato.
Actualmente, o país atravessa um período que não tem favorecido o crescimento económico nem facilitado políticas sociais e económicas coerentes. A dependência da comunidade internacional em sectores como a economia, a saúde e a educação é quase que total. A economia é frágil, com fraca mobilização dos recursos internos, falta de dinamismo do sector privado e um débil desenvolvimento do capital humano.

A Guiné-Bissau é caracterizada por uma grande diversidade étnica (32 etnias). No país coabitam também diferentes credos religiosos (católicos, protestantes, muçulmanos e animistas).A frequência escolar nas áreas rurais continua a ser muito inferior à das áreas urbanas assim como a escolarização das meninas.

O mapa sanitário apresenta-se com 11 regiões sanitárias, incluindo o Sector Autónomo de Bissau. Mais de 40% da população vive a uma distância superior a 5 km de uma estrutura de prestação de cuidados primários de saúde.

1.1
Ambiente macroeconómico

Em 2006, a população da Guiné-Bissau foi estimada em cerca de 1 387 754[67] habitantes sendo considerada uma população muito jovem: cerca de 48% da população tem menos de 15 anos de idade e 63,3% menos de 25 anos. A esperança média de vida é de 45,8 anos (PNUD, 2007). Cerca de 30% de toda a população guineense vive no Sector Autónomo de Bissau (Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário – PNDS, 2003).

Os principais produtos de exportação da Guiné-Bissau são a castanha de caju, o peixe e os frutos do mar e a madeira.

[67] Dados da DHE/MINSAP, projecção a partir do Censo Populacional de 1991 realizada pelo INE.

Actualmente, o produto interno bruto (PIB) per capita da República da Guiné-Bissau é de 484 (em PPP USD) (FMI, 2007). Em 2002, o crescimento do PIB foi negativo em 7,2% e o investimento em percentagem do PIB diminuiu (de 21,8% em 1997 para 11% em 2003) o que comprometeu o esforço de reconstrução (Documento de Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza – DENARP, 2006). A ajuda externa ao desenvolvimento também verificou um decréscimo (de 74,2% do PIB em 1994 para 29,2% do PIB em 2002) (DENARP, 2006).

A pobreza afecta dois terços da população: 66,7% vive com menos de 2 dólares por dia e 20,8% com menos de 1 dólar por dia. A percentagem de pobres é mais elevada nas zonas rurais e nas pessoas com mais de 45 anos (especialmente naquelas com mais de 66 anos) (DENARP, 2006).

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2007), a República da Guiné-Bissau é o 175º país, de um total de 177 países. O **Quadro 19** resume alguns dos indicadores macroeconómicos da Guiné-Bissau.

1.2
Padrões de morbilidade e mortalidade

Os indicadores de saúde do país estão entre os piores da África a Sul do Sahara. Caracterizam-se por taxas de morbilidade e de mortalidade elevadas. As principais doenças são a malária, a diarreia, as doenças respiratórias agudas, a tuberculose, as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA (com uma prevalência próxima dos 7%) (PNDRH II, 2008), as parasitoses intestinais, a oncocercose e outras endemias tropicais.

O estado nutricional da população é de carência. O paludismo representa mais de 50% do motivo de procura dos serviços de saúde em todo o país, por todos os grupos etários e mais de 64% das causas de óbitos no departamento de pediatria do Hospital Nacional (DHE-PNLP, 2002). É estimado que cerca de uma em cada 10 crianças (ou seja, 10%) morre devido ao paludismo, antes de completar 5 anos de idade. A proporção destas crianças com paludismo simples correctamente tratadas nas estruturas sanitárias é apenas de 37,7%, enquanto que as com paludismo grave correctamente tratadas representam 28,6% (DHE-PNLP 2002). No entanto, apenas 5% das crianças dormem debaixo de um mosquiteiro impregnado (DHE-PNLP 2002).

Ainda em relação ao motivo de procura dos serviços de saúde devido a outras principais patologias, em segundo lugar vem a infecção respiratória aguda (15%), seguida de enfermidades diarreicas (9%) (DHE-SIS, 2007).

Em 2001, as infecções sexualmente transmissíveis (IST) representaram 9% dos diagnósticos nas consultas dos adultos contra 4%, em 2000 (DHE-SIS, 2007).

A tuberculose continua a ser a doença mais fatal entre os jovens e adultos. Actualmente, estima-se que entre 30% a 45% dos pacientes com tuberculose estejam infectados pelo VIH (DHE-SIS, 2007). A mortalidade infantil é de 138 por 1 000 nados vivos e a mor-

talidade de crianças menores de 5 anos é 223 por 1000 nados vivos (MICS-3, 2006).

A mortalidade materna é de 700 por 100 000 nados vivos sendo as principais causas de morte as complicações obstétricas: 42% hemorragia pós-parto, 19% distocias, 16% infecções, 9% abortos e 6% eclâmpsias (DENARP, 2006). Estas causas são agravadas pelas gravidezes sem espaçamento, as gravidezes precoces, a grande multiparidade e sobretudo os abortos provocados que representam 13% dos óbitos das mães. Estas práticas têm a sua origem na situação de pobreza, má nutrição e analfabetismo, assim como nas atitudes e práticas prejudiciais à saúde reprodutiva (Fronteira, Ferrinho, Dussault & Ferrinho, 2007).

A percentagem de mulheres que fizeram pelo menos uma consulta pré parto foi, em 2006, de 64% (PSB, 2007). Um grande número de partos ainda ocorre nos domicílios, entre os quais se observa um considerável número de óbitos não notificados. O acesso aos serviços de consulta pré-natal e aos cuidados do parto assistido (só 35% dos partos são assistidos por pessoal de saúde qualificado) são também limitados (PNDRH/08).

A rede de infra-estruturas de saúde no país é relativamente aceitável, contudo o acesso às mesmas é muito fraco (35%, em 2001) (PNDRH/08).

O **Quadro 20** diz respeito à evolução temporal de alguns indicadores da saúde relacionados com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).

2. O estado dos RHS

Em 2005, o Ministério da Saúde Pública (MINSAP) decidiu começar o processo de elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PNDRH II), com o objectivo de proporcionar à Direcção de Recursos Humanos (DRH) os instrumentos políticos e de estratégias que lhe permitissem dar resposta aos novos desafios. Dois factores fundamentais, a pressão interna e externa, contribuíram de sobremaneira para o início do processo. Consequentemente, a pressão interna caracterizou-se por:

- Estagnação do serviço de RHS;
- Falta de condições de trabalho, em particular da DRH;
- Fraca capacidade de gestão da DRH;
- Fraca motivação do pessoal;
- Falta de financiamento, particularmente para o funcionamento da DRH;
- Migração intensificada dos técnicos;
- Desconhecimento quase total do primeiro plano de desenvolvimento de RHS;
- Fraca ou quase nula a implementação do primeiro plano.

A pressão externa revelou-se nas frequentes greves por parte dos parceiros sociais e da agência do Banco Mundial que financiava o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário I (PNDS I). O processo começou em Junho de 2005, com a constituição do grupo de trabalho a nível nacional, elaboração de termos de referência para o grupo e consultoria internacional para o seu apoio. Efectivamente, o processo foi despoletado em Janeiro de 2007, com a visita do consultor internacional. Neste momento (final de 2008), o PNDRHS II está praticamente pronto, restando alguns capítulos para explorar, tais como a área da formação contínua e projecções.

2.1 Densidade dos RHS

Este subcapítulo tem como finalidade determinar o número de trabalhadores da saúde em cada uma das categorias profissionais relativamente à população. Constitui um ponto de partida para a avaliação da situação dos RHS. Os dados encontrados relativamente à densidade dos RHS encontram-se no **Quadro 21**.

2.2 Distribuição dos RHS

Verificam-se grandes assimetrias no que diz respeito à distribuição dos RHS (**Quadro 22**) sendo maior a sua fixação nas zonas urbanas do que nas periféricas. Alguns dos factores que constituem um maior entrave à fixação de profissionais de saúde nas zonas periféricas são a falta de infra-estruturas (estradas, escolas, lazer, electricidade, água potável), a ausência de atracção financeira e o fraco apoio e supervisão. Estima-se que o custo do alojamento de pessoal na periferia seja de cerca de 14,1 biliões de FCFA, o que ultrapassa o custo de construção de infra-estruturas que, segundo o PNDS II rondará os 11,3 biliões de FCFA.

2.3 Desempenho dos RHS

O Quadro 23 reflecte alguns dos indicadores relacionados com o desempenho dos RHS.

2.4 Problemas transversais aos RHS

Estes problemas não são inerentes ao financiamento, educação ou aos sistemas de gestão. No entanto, a sua solução ou minimização pode ser conseguida através de mudanças das políticas destes sistemas. Podem ser encarados como causas intermediárias de mudança e alterações nos níveis de densidade, distribuição e desempenho da força de trabalho que serão afectadas por alterações ao nível político no financiamento, educação e gestão.

Os problemas transversais incluem: a atractividade das profissões de saúde para os graduados das escolas do ensino pré-universitário, a migração, as ameaças à saúde dos trabalhadores de saúde que lidam com a epidemia de VIH/ SIDA, o duplo emprego, o absentismo e os trabalhadores "fantasma" e a motivação.

De acordo com Fronteira et al. (2007 p.44 e 45),
"Embora tenha existido um esforço sincero de redistribuição dos recursos humanos[79] *e um reforço da sua gestão a verdade é que as assimetrias são grandes (…) Continua a ser difícil recrutar profissionais para áreas sanitárias do interior do país: é difícil o alojamento (embora tenham sido construídas residências para os profissionais), não há água, luz, acessos, escolas (ou só as há até ao 4º ano), diferenciação salarial ou formas alternativas de obten-*

ção de rendimento (por exemplo, no sector privado). Os salários são pagos de forma irregular. As condições de trabalho são precárias porque as infra-estruturas não têm manutenção, não existem materiais necessários à satisfação das necessidades de cuidados, os meios de transporte são inexistentes, inadequados (…) ou inoperacionais (…) É também bastante evidente a desmotivação dos recursos humanos, reportada pelos seus superiores hierárquicos mas também sentida a nível do terreno: sente-se conformismo e indiferença perante o sistema e a política de saúde (…) Em suma, têm sido implementadas, progressivamente, novas normas de afectação do pessoal, existe uma base de dados informatizada e actualizada, a nível central (…), a DRHO foi modernizada, a tabela salarial foi revista juntamente com o subsídio de vela e de isolamento embora ainda não esteja a ser aplicada, houve uma tentativa de melhorar as condições de alojamento do pessoal, a Escola Nacional de Saúde foi criada e reabilitada (após o conflito de 1998), houve formação de enfermeiros e parteiras embora em número insuficiente, foram organizados cursos de especialização e pós graduação essencialmente para profissionais médicos (nas áreas de obstetrícia e saúde infantil) embora seja consensual que não foram suficientes para suprir as necessidades, embora ainda não haja um Plano de Formação de Recursos Humanos. Ainda não foi desenvolvido um novo plano de carreiras tendo sido feitas algumas adaptações para ajustar a nova tabela salarial em função das categorias existentes actualmente."

Um estudo sobre a motivação dos profissionais de saúde, realizado em várias instituições de atendimento clínico, públicas e privadas e que utilizou a discussão em grupos focais, revelou a existência de falta de pessoal e a desmotivação do pessoal que exercia as suas funções no sector da saúde. Existia um sentimento de não recompensa pelo trabalho efectuado. Os participantes consideraram existirem poucas condições quer de higiene quer técnicas, falta de dinâmica nas carreiras e baixo vencimento. Verificou-se, igualmente, a existência de estratégias de sobrevivência ilícitas[80].

A Direcção dos Recursos Humanos estima em 5% a perda total dos profissionais da saúde (DRHO, 2008). Segundo a mesma fonte, até 2015, 48% do pessoal de saúde terá saído do sector.

O **Quadro 24** resume os dados encontrados relativos aos problemas transversais dos RHS na Guiné-Bissau.

[79] O MINSAP decidiu que todos os recém-formados, todos os profissionais que estavam no sistema e que decidiram sair e que quiseram, posteriormente reingressar, têm de ir para o interior do país. De acordo com a DRHO, o recrutamento é feito exclusivamente para as regiões do interior e excêntricas. Apenas os especialistas são recrutados para o HNSM.

[80] Ferrinho, et al, (2008). Estudo dos profissionais de saúde guineenses. Resultados preliminares.

3. Políticas que influenciam os RHS

3.1 Financiamento

O financiamento é um dos factores mais importantes que influenciam quer os problemas transversais quer o estado da força de trabalho em saúde. Essa influência faz-se sentir a nível do pagamento dos salários e de outros inputs não salariais necessários à efectividade do sistema de saúde. Aliás, uma reflexão profunda sobre este tema deve incluir uma análise dos incentivos não salariais, uma vez que tal abordagem permite a identificação de alavancas financeiras que podem ser mais eficientes no cumprimento dos objectivos em termos de força de trabalho (**Quadro 25**).

Fronteira et al. (2007) referem dificuldade nos pagamentos atempados ao pessoal do sector da saúde: em 1998, 80% dos pagamentos tinham sido feitos atempadamente ao pessoal; em 2007, a percentagem foi de 75%.

3.2 Educação

De acordo com Fronteira et al (2007),

"A educação é um dos sectores mais problemáticos na República da Guiné-Bissau. Caracterizam-no o deficiente desempenho e os recursos humanos, financeiros e materiais escassos. Em 2004, 2,5% do PIB foi gasto na educação (média para a África Sub-Sahariana é de 4%) (DENARP, 2006). A taxa de escolarização primária nacional, embora baixa e longe de transmitir a escolarização para todos, tem vindo a aumentar sendo, actualmente, de 56,9% (51,7% para os rapazes e 38,5% para as raparigas) (DENARP, 2006)."

Com uma perda, até 2015, de 48% dos RHS, a Guiné-Bissau enfrenta um importante desafio no que concerne às necessidades de formação. De acordo com a DRHO (2008) prevê-se que, até 2015, seja necessário formar:

- Médicos: 14 pediatras, 15 cirurgiões gerais, 13 cirurgiões ginecologistas / obstetras, 2 urologistas, 2 ortopedistas, 3 anestesistas e 2 médicos de reabilitação;
- Técnicos: 241 enfermeiros, 89 auxiliares de laboratório, 37 anestesistas, 33 instrumentistas, 21 técnicos de radiologia, 15 técnicos de cirurgia, 22 técnicos de farmácia e 6 técnicos de oftalmologia;
- Outro pessoal: 1 engenheiro / técnico de electromedicina e 2 biólogos;
- Gestores: 24 administrativos superiores, 13 administrativos médios, 46 administrativos auxiliares e 2 administrativos de RHS.

Actualmente, a Guiné-Bissau possui, como instituições de formação local, na área dos RHS, a Escola Nacional de Saúde, com instalações inapropriadas e um corpo docente insuficiente (em quantidade e qualidade) e a Faculdade de Medicina. O **Quadro 26** refere alguns dados relativos à formação de RHS.

O **Quadro 27** refere o número de inscritos por curso de RHS no ano lectivo de 2007/2008.

4.
Sistema de informação dos RHS

Fronteira et al. (2007) fizeram a análise SWOT do sistema de informação sanitária que se transcreve, na totalidade, no **Quadro 28**, e que ilustra o estado do sistema de informação sanitário (onde se deve incluir o sistema de informação em RHS) da GB.

5.
Conclusões

A situação dos RHS caracteriza-se por uma baixa densidade de profissionais, mais acentuada no caso dos técnicos (farmácia, estomatologia, anestesiologia). Existem, também, elevadas assimetrias regionais no que diz respeito à dispersão dos profissionais de saúde, sendo de realçar o caso particular da região de Bolama (insular) que, possuindo um só médico é a região com maior concentração de recursos médicos (devido ao baixo número populacional). É de realçar uma feminização das profissões de saúde com excepção para os médicos e um forte predomínio dos prestadores públicos em todas as categorias. Cerca de 24% dos médicos na Guiné-Bissau são estrangeiros, sendo que nas outras profissões não há registo de profissionais de outras nacionalidades que não a guineense. Também de realçar a considerável proporção de profissionais com mais de um emprego no sector público, verificando-se, assim, que o fenómeno do duplo emprego ocorre, essencialmente, dentro do sector público. A taxa de absentismo é também elevada, rondando os 13%. Relativamente aos salários e incentivos, é digno de nota a falta de pagamento atempado dos profissionais de saúde, sendo comum os atrasos de 2 e 3 meses.

Apesar disso, as profissões da saúde continuam a ser atractivas para os jovens, o que se revela em médias de 3 a 5 candidatos por vaga nos cursos de técnicos de laboratório e medicina, respectivamente. Neste momento, estão em formação, na Guiné-Bissau, 139 médicos, 253 enfermeiros gerais, 33 técnicos e 82 enfermeiros licenciados.

6.
Bibliografia Consultada

- (2002). Plano nacional de Luta contra a Pobreza, Direcção de Higiene e Epidemiologia, República da Guiné Bissau.
- Sistema de Informação da Saúde, sd, Direcção de Higiene e Epidemiologia, República da Guiné Bissau.
- Estratégia de Cooperação da OMS com a RGB 2004/2007.
- Fronteira, I.; Ferrinho, F.; Dussault, G.; Ferrinho P.; (2007). *Avaliação Final da Implementação e Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau* (Contrato nº10/PNDS/2007), Guiné-Bissau.
- *World Economic and Financial Surveys* – World Economic Outlook Database, Fundo Monetário Internacional (FMI). Disponível em: http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2008/02/weodata/index.aspx
  Última consulta a 30.12.2008.
  Última actualização em Outubro de 2008.
- *Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos 2008*, República da Guiné Bissau.
- Direcção de Recursos Humanos da Saúde (DRHO), (2008). *Situação de RHS na Guiné-Bissau*, Comunicação oral apresentada no Seminário de Apoio ao Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde nos PALOP, Ministério da Saúde Pública, República da Guiné-Bissau, Praia.
- Projecto de Saúde de Bandim (PSB). S*eguimento e Avaliação de Indicadores do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, Relatório Semestral 2007.*
- Projecto de Saúde de Bandim (PSB), (2007). *Seguimento e avaliação de indicadores do PNDS e do projecto multissectorial de luta contra a SIDA, Relatório Anual 2006.*
- PNDS, (2002). *Relatório de avaliação a médio prazo,* Crédito 30106 GUB.
- Instituto Nacional de Estatística e Censos (2006). *Resultados do Inquérito Nacional aos Indicadores Múltiplos (MICS) República da Guiné-Bissau 2006. Relatório Preliminar,* Direcção Geral do Plano, Secretaria de Estado do Plano e Integração Regional, Ministério da Economia, República da Guiné-Bissau.
- Direcção Geral de Infra-estruturas de Saúde. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), Relatório de Actividades. 2º semestre 2006, sd,* Ministério da Saúde Pública, República da Guiné-Bissau.
- Direcção Geral do Plano e Cooperação (2003). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), Visão do plano 1998-2002 – revista e projectada para 2003-2007,* Ministério da Saúde Pública, República da Guiné-Bissau.
- 2006, actualização). *Document de Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (DENARP)*, République de Guinée-Bissau.
- World bank, data statistics: Guinea-Bissau (country profiles). Disponível em: www.worldbank.org

7.
Anexo

Listagem de todos os indicadores relacionados com os RHS, definidos para a elaboração da monografia, com indicação de ter sido ou não encontrada informação (✕ – dados inexistentes; ✓– dados existentes).

Quadro 19 – ALGUNS INDICADORES MACROECONÓMICOS DA GUINÉ-BISSAU

INDICADOR		VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Número de habitantes		1 175 400	2000	INEC	1 354 800	2007	INEC
Taxa de crescimento populacional anual (%)		2,05	2000	INEC	2,05	2007	INEC
Esperança média de vida (anos)		45	2000	Banco Mundial (BM)	45,8	2007	PNUD
Distribuição geográfica da população (% população no Sector Autónomo de Bissau)		25	2000	Instituto Nacional de Estatísticas e Censo (INEC)	30	2007	INEC
Principais sectores de actividade (%)	Primário	57,4	2000	INEC	50,9	2007	INEC
	Secundário	12	2000	INEC	11,9	2007	INEC
	Terciário	28,2	2000	INEC	35,1	2007	INEC
Produto Interno Bruto (em biliões de USD)		0,206	1998	Fundo Monetário Internacional (FMI)	0,356	2007	FMI
Produto Interno Bruto per capita PPP (USD)		483	1998	FMI	484	2007	FMI
Crescimento anual do PIB (%)		0,3	2003	INEC	2,7	2007	INEC
Percentagem da população que vive com menos de 2 USD por dia		64,7	2002	Inquérito Ligeiro para Avaliação da Pobreza (ILAP)	66,7	2006	DENARP
Percentagem da população que vive com menos de 1 USD por dia		20,8	2002	ILAP	20,8	2006	DENARP
Percentagem do PIB gasto com a educação		1	2000	INEC	3	2007	INEC
Taxa de escolarização primária nacional (%)		53,7	2006	Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)	56,9	2006	DENARP
Percentagem do PIB gasto com a saúde		≈1	2000	INEC	2	2007	INEC
Proporção do orçamento da saúde na despesa pública (%)		4,41	1998	BM / Ministério de Saúde Pública (MINSAP) (2002)	6,44	2001	BM/MINSAP (2002)
Proporção do orçamento dos RHS no orçamento público de saúde (%)		≈100	1998	OMS (Maio 2003)	≈100	2001	OMS (Maio/03)

Quadro 20 – EVOLUÇÃO TEMPORAL DE ALGUNS DOS INDICADORES DE SAÚDE RELACIONADOS COM OS ODM

INDICADOR			VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
ODM4	Taxa de Mortalidade em crianças com ≤ 5 anos (1000)		203	2000	MICS (2000) cit. in MICS-3	223	2006	MICS-3
	Taxa de mortalidade infantil (por 1 000 nados vivos)		124	2000	MICS (2000) cit in MICS-3	138	2006	MICS-3
	Taxa de cobertura vacinal, sarampo (% de crianças)		75,5	2006	MICS-3			
ODM5	Mortalidade materna (por 100 000 nados vivos)		818	2000	PNDS	700	2006	DENARP
	Partos assistidos por profissionais da saúde qualificados (% do total)		34,7	2002	Revisão em curso	35,9	2006	MICS-3
ODM6	Prevalência de HIV (% de indivíduos com idades entre os 15-49 anos)		≈7	2008	PNDRHS II	-	-	-
	Mortalidade por malária em crianças (%)	≤ 5 anos	8,7	2007	PSB	-	-	-
		> 5 anos	5,6					
	Incidência da tuberculose (por 100 000 pessoas)		3 232	2000	PNLT	3 914	2007	MINSAP / Plano Nacional de Luta contra a Lepra e Tuberculose (PNLT)
	Casos de tuberculose detectados sob DOT (% de casos estimados)		35,81	2000	PNLT	66	2007	MINSAP/PNLT

Quadro 21 – INDICADORES RELACIONADOS COM A DENSIDADE DOS RHS

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE	OBSERVAÇÕES
Número de médicos por 10 000 habitantes	1,0	2004	World Health Organization Statistical Information System (WHOSIS)	0,98	2007	Direcção dos Recursos Humanos (DRHO), MINSAP	Os dados de 2007 referem-se a Clínico Geral + Especialistas: Hosp e SP
Número de enfermeiros por 10 000 habitantes	7,0	2004	WHOSIS	5,78	2007	DRHO, MINSAP	Os dados de 2004 referem-se a enfermeiras e parteiras e os de 2007 referem-se a Enfermeiros com o Curso geral + Auxiliar de Enfermagem + Pós Graduados SP + Enfermeiros Superiores
Número de técnicos de laboratório por 10 000 habitantes	2,0	2004	WHOSIS	1,03	2007	DRHO, MINSAP	Os dados de 2007 referem-se a Técnicos de Laboratório + Auxiliares de Laboratório
Número de Parteiras por 10 000 habitantes	-	-	-	1,37	2007	DRHO, MINSAP	Os dados de 2007 referem-se a Parteiras Gerais + Auxiliares de Parteira
Número de Técnicos de Farmácia por 10 000 habitantes	<1,0	2004	WHOSIS	0,15	2007	DRHO, MINSAP	Os dados de 2007 referem-se a Técnico de Farmácia + Auxiliares de Farmácia
Número de Técnicos de Estomatologia por 10 000 habitantes	<1,0	2004	WHOSIS	0,02	2007	DRHO, MINSAP	Os dados de 2007 referem-se a Técnicos de Estomatologia + Auxiliares de Estomatologia
Número de Técnicos de Cirurgia de Catarata por 10 000 habitantes	-	-	-	0,02	2007	DRHO, MINSAP	-
Número de Técnicos de Anestesia por 10 000 habitantes	-	-	-	0,02	2007	DRHO, MINSAP	-
Número de Técnicos de Radiologia por 10 000 habitantes	-	-	-	0,05	2007	DRHO, MINSAP	-
Número de outras categorias de RHS por 10 000 habitantes	14,0	2004	WHOSIS	-	-	-	-

Quadro 22 – INDICADORES RELACIONADOS COM A DISTRIBUIÇÃO DOS RHS – ANO DE REFERÊNCIA E ÚLTIMO ANO DISPONÍVEL (DADOS DA DIRECÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU)

INDICADOR	VALOR	ANO	VALOR	ANO
Rácio de densidade mais elevada (Bolama) por densidade mais baixa (Bafatá) de médicos por região.	-	-	6.37	2007
Rácio de densidade mais elevada (Bolama) por densidade mais baixa (Bafatá) de enfermeiros por região.	-	-	11.98	2007
Rácio de densidade mais elevada (Bolama) por densidade mais baixa (Bafatá) de parteiras por região.	-	-	8.14	2007
Rácio de homens para mulheres, médicos[68].	-	-	3.23	2007
Rácio de homens para mulheres, enfermeiros[69].	-	-	0,82	2007
Rácio de homens para mulheres, parteiras[70].	0:159	2005	0:196	2007
Rácio de homens para mulheres, técnicos de laboratório[71].	-	-	0,76	2007
Rácio de homens para mulheres, técnicos de farmácia[72].	0,8	2005	0,8	2007
Rácio de homens para mulheres, técnicos de estomatologia[73].	4:0	2005	4:0	2007
Rácio de homens para mulheres, cirurgia de catarata.	3	2005	3	2007
Rácio de homens para mulheres, técnicos de anestesia.	3	2005	3	2007
Rácio de homens para mulheres, técnicos de radiologia.	9:1	2005	9	2007
Rácio de total enfermeiros para total médicos.	-	-	6,7	2007
Rácio de RHS não qualificados[74] para qualificados[75].	-	-	0,4	2007
Rácio de prestadores públicos[76] para prestadores privados, médicos.	-	-	62,5[77]	2007
Rácio de prestadores públicos[76] para prestadores privados, enfermeiros.	-	-	71,90[77]	2007
Rácio de prestadores públicos[76] para prestadores privados, auxiliares e técnicos de laboratório.	ND	ND	59,66[77]	2007
Rácio de prestadores públicos[76] para prestadores privados, auxiliares e técnicos de farmácia.	ND	ND	27[77]	2007

[68] Médicos clínicos gerais, especialistas hospitalares, saúde pública, médicos da saúde militar e médicos do sector privado
[69] Enfermeiros do curso geral, auxiliares de enfermagem e pós-graduados em saúde pública
[70] Parteiras do curso geral, auxiliares de parteira e pós-graduadas em saúde pública
[71] Técnicos de Laboratório e auxiliares de laboratório
[72] Técnicos de farmácia e auxiliares de farmácia
[73] Técnicos de estomatologia e auxiliares de estomatologia
[74] Pessoal elementar: serventes, marinheiros, motoristas, auxiliar de secretaria; pessoal de manutenção: canalizador, mecânico, pedreiro etc.; auxiliares de nutrição, auxiliares de entomologia, auxiliares de logística, auxiliares de esterilização, auxiliares de radiologia, auxiliares de ergonomia
[75] Pessoal técnico de saúde: nível superior, médio, auxiliar: parteiras, enfermeiras, laboratório, armação de lentes, auxiliar social; pessoal administrativo: nível superior, médio e outro pessoal superior
[76] Ministério da Saúde Pública e Saúde Militar
[77] O sector público e o sector privado quase que se misturam visto que, os prestadores públicos são os mesmos do sector privado

Quadro 23 - INDICADORES RELATIVOS AO DESEMPENHO DOS RHS

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE
Orçamento anual para os RHS / total do orçamento anual para a saúde.	0,25	2007	Ministério das Finanças - DGOL
Total de gastos com RHS per capita (USD).	1,9	2008	DRHO, MINSAP
Rendimentos anuais médios médicos.	ND	ND	ND
Rendimentos anuais médios enfermeiros.	ND	ND	ND
Rendimentos anuais médios: outros trabalhadores qualificados (farmacêuticos, dentistas, …).	ND	ND	ND
Rácio dos salários médios de médicos e enfermeiros.	1,82	2007	Ministério das Finanças - DGOL
Número médio de partos realizados por parteira por ano nos centros de saúde.	275	2008	DRHO, MINSAP
Número médio de vacinas administradas por mês por número de pessoal de saúde.	98	2008	DRHO, MINSAP
Número de atendimentos em cuidados de saúde primários por mês por total de pessoal clínico.	94	2008	DRHO, MINSAP
Rupturas de stock de medicamentos essenciais[78].	0	2006	Fronteira, Ferrinho, Dussault & Ferrinho (2007)

[78] Percentagem de áreas sanitárias sem rupturas de stock dos 5 principais medicamentos e 2 vacinas

Quadro 24 – INDICADORES REFERENTES AOS PROBLEMAS TRANSVERSAIS AOS RHS

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Número de candidatos por vagas ao curso de enfermagem.	5,5	2005/06	Escola Técnica de Quadros de Saúde (ETQS) 2008	4,33	07/08	ETQS/08
Número de candidatos por vagas ao curso de técnico de laboratório.	3,34	2005/06	ETQS	-	-	-
Número de candidatos ao curso de técnico de laboratório.	144	2008/09	ETQS	-	-	-
Número de admitidos ao curso de técnico de laboratório.	43	2008/09	ETQS	-	-	-
Número de alunos a frequentarem o curso de técnicos de laboratório.	35	2008/09	ETQS	-	-	-
Percentagem de médicos estrangeiros.	24,04	2007	MINSAP- RH	-	-	-
Percentagem de enfermeiros estrangeiros.	Não existe			-	-	-
Percentagem de outros trabalhadores qualificados (farmacêuticos, dentistas, …) estrangeiros.	Não existe			-	-	-
Taxa média de mortes por categoria de RHS (médicos).	-	-	-	1,70	2007	MINSAP/RH
Taxa média de mortes por categoria de RHS (enfermeiros).	-	-	-	1,05	2007	MINSAP/RH
Percentagem de médicos que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde.	-	-	-	23,13	2007	DRH/MINSAP
Percentagem de outros trabalhadores qualificados que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde.	-	-	-	100	2007	DRH/MINSAP
Taxa de absentismo dos RHS.	-	-	-	12,68	2007	MINSAP/RH
Número médio de horas de trabalho por semana por categoria de RHS.	40	2000	FP	40	2007	FP

Quadro 25 – INDICADORES RELATIVOS AOS FACTORES DO FINANCIAMENTO QUE INFLUENCIAM OS RHS

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Comparação entre o salário médio nas áreas rurais para salário médio nas áreas urbanas: médicos.	Os salários são iguais. Recentemente foi aprovado um subsídio de isolamento mais ainda não está em vigor					
Comparação entre o salário médio nas áreas rurais para salário médio nas áreas urbanas: enfermeiros .						
Comparação entre o salário nas áreas rurais para salário médio nas áreas urbanas: outros trabalhadores qualificados (farmacêuticos, dentistas, ...).						
Despesa com a saúde em proporção do PIB.	≈1	2000	INEC	2	2007	INEC

Quadro 26 – INDICADORES RELATIVOS À FORMAÇÃO DE RHS (VALORES EM 2007) (FRONTEIRA ET AL, 2007)

INDICADORES	VALOR	OBSERVAÇÕES
Número de técnicos a quem foi dada formação base.	163	Desde 2003 (DRHO, 2007)
Número de cursos de pós-graduação na área clínica.	1	Desde 2003 (Célula de Gestão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2007)
Número de cursos de pós-graduação na área de saúde pública.	0	Desde 2003 (DRHO, 2007)
Número de técnicos a quem foi dada formação especializada.	32	Curso de pós-graduação a médicos (17) + Curso de especialização médica (15). Foram ambos na área hospitalar (DRHO, 2007)
Número de sessões de formação por região.	ND	A formação é feita dentro dos programas verticais existentes, pelo que os dados estão dispersos, não sendo possível coligi-los (DRHO, 2007)

Quadro 27 – NÚMERO DE CANDIDATOS INSCRITOS POR ANO DE FREQUÊNCIA DOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE NO ANO LECTIVO 2007/2008, ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE. 2008)

CURSO	ANO	INSCRITOS	OBS
Medicina	1	15	Estão previstos 20 novos ingressos em 2009
	2	32	
	3	91	
	5	01	
	Total	139	
Enfermeiros Gerais	1	134	Não há proposta de novos ingressos
	2	91	
	3	28	
	Total	253	
Técnicos de laboratório	3	33	
Licenciatura em Enfermagem	1	ND	
	2	30	
	3	52	

Quadro 28 – ANÁLISE SWOT (DOS PONTOS FORTES (STRENGHTS) E FRACOS (WEAKNESSES) E DAS OPORTUNIDADES (OPPORTUNITIES) E AMEAÇAS OU OBSTÁCULOS (THREATS) DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA (FRONTEIRA ET AL, 2007)

Pontos fracos do sistema	Ameaças ao sistema
• Não existe uma arquitectura compreensiva de um sistema de informação sanitário; • Coexistem várias bases de dados não integradas; • Não existe uma definição oficial para os indicadores (várias nomenclaturas consoante as bases de dados, que tornam difícil perceber se se tratam, ou não, dos mesmos dados); • Actualização dos dados (os dados das AS e, consequentemente das regiões, são adicionados à base de dados quando os directores regionais se deslocam a Bissau); • A persistência de diferenças entre dados de diferentes fontes (como o Projecto de Saúde do Bandim e o Multiple Indicator Cluster Survey)	• Inexistência de uma articulação adequada entre as diferentes estruturas que produzem dados em saúde; • Falta de informação sobre indicadores nos sistemas privados de saúde (Organizações Não Governamentais – ONGs); • A não integração das bases de dados; • Descentralização não regulamentada, sem definição de responsabilidades em relação à concepção, implementação e alimentação do Sistema de Informação em Saúde; • Dados fornecidos às estruturas centrais agregados a nível regional; • Capacidade para conhecer estimativas populacionais.
Pontos fortes do sistema	**Oportunidades**
• Boa estrutura para a colheita de dados.	• Acesso à Internet em todas as direcções regionais; • Algumas ONGs a trabalhar com estruturas nacionais e regionais; • A generalização dos processos informáticos e o seu alargamento às várias estruturas poderão constituir um incentivo para um alargamento do sistema a um maior número de instituições, garantindo uma maior actualização e segurança da informação e possibilitando a reconstrução de um sistema de informação mais rigoroso.

Quadro 29 – INDICADORES RELATIVOS AO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM RHS DA GB

INDICADOR	GRAU DE ADEQUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
O país tem legislação adequada que fornece uma estrutura para a informação em saúde.	Pouco	Existe carreira médica, de enfermagem e de pessoal de diagnóstico e terapêutica que carece de uma actualização
O Ministério da Saúde possui capacidade em áreas chave das ciências da informação (epidemiologia, demografia, estatística, informação e tratamento e comunicação de informação)	Sim	O número de serviços é insignificante. Esses serviços carecem de apoio.
Existe uma unidade administrativa funcional central no Ministério da Saúde que concebe, desenvolve e apoia a colheita, gestão, análise, disseminação e utilização de informação na área da saúde, incluindo a informação sobre RHS.	Sim	Relativamente à colheita, gestão, análise e disseminação de informação para área de RH é nulo.
No ano anterior foram desenvolvidas actividades de capacitação para o pessoal do sistema de informação em RHS quer a nível nacional quer a nível regional.	Sim. Somente para o nível central	O Ministério perdeu estas pessoas para o sector privado. Ou seja, neste momento não existe técnico para essa área. A Directora de RH desempenha actualmente estas funções.
Assistência disponível, a nível nacional e regional, para a concepção, gestão e apoio de bases de dados e software.	Não existe	O Software em utilização foi disponibilizado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual de Rio de Janeiro, Brasil. Depois da sua instalação pela equipa brasileira em 2007, não houve apoio para a sua manutenção, por falta de financiamento.
Estão disponíveis materiais (formulários, lápis, papel e outros) necessários ao registo da informação.	Neste momento, não	Neste momento a Direcção de RH não dispõe de financiamento . Até Dezembro de 2007 (final do Crédito do Banco Mundial para sector saúde) contava com uma rubrica para despesas de material de escritório
Estão disponíveis computadores a nível nacional, regional e distrital de modo a permitir a compilação da informação.	Sim	Existem em número insuficiente. A própria Direcção de RH carece de equipamentos.
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (telefone) a nível nacional, regional e distrital.	Não	A própria Direcção de RH não possui equipamento com estas funções.
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (acesso a internet e e-mail) a nível nacional, regional e distrital.	Somente a nível central	Consequência do subdesenvolvimento do país, apenas a capital do país dispõe desses recursos.
Existe uma base de dados dos RHS que monitoriza o número de profissionais de saúde nas principais categorias profissionais que trabalham quer no sector público quer no sector privado.	Sim	-
Existe uma base de dados nacional que monitoriza o número de graduações por ano de todas as instituições de formação na área da saúde.	Não	-
Recursos humanos para manter e actualizar a base de dados nacional dos RHS.	Não	-
Tempo decorrido desde a última actualização da base de dados.	1 ano	-
Existe um procedimento escrito para a gestão dos dados que inclui a colheita, preservação, limpeza, controlo de qualidade, análise e apresentação dos dados implementado em todo o país.	Não	-

7. Anexos

Listagem de todos os indicadores relacionados com os RHS, definidos para a elaboração da monografia, com indicação de ter sido ou não encontrada informação (✕ – dados inexistentes; ✓– dados existentes).

INDICADOR	DATA
Percentagem do PIB gasto com a saúde	✓
Proporção dos gastos com a saúde provenientes de tarifas e taxas	✕
Proporção do orçamento da saúde na despesa pública	✓
Proporção do orçamento dos RHS no orçamento público de saúde	✕
Número de médicos por 10 000 habitantes	✓
Número de enfermeiros por 10 000 habitantes	✓
Número de técnicos de laboratório por 10 000 habitantes	✓
Número de dentistas por 10 000 habitantes	✓
Número de técnicos de farmácia por 10 000 habitantes	✓
Número de profissionais de outras categorias de RHS por 10 000 habitantes	✓
Rácio de densidade de médicos mais elevada por densidade mais baixa por região	✓
Rácio de densidade de enfermeiros mais elevada por densidade mais baixa por região	✓
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de outros RHS por região	✓
Rácio de homens para mulheres por categoria de RHS	✕
Rácio de enfermeiros para médicos	✕
Rácio de RHS não qualificados para qualificados	✕
Rácio de prestadores públicos para prestadores privados por categoria de RHS	✕
Orçamento anual para os RHS / total do orçamento anual para a saúde	✓
Número de RHS por categoria / orçamento anual para os RHS dessa categoria	✕
Total de gastos com RHS per capita	✕
Rendimentos anuais médios por categoria de RHS	✓
Demora média hospitalar	✕
Número médio de vacinas administradas por dia por número de pessoal de saúde	✕
Número de atendimentos em cuidados de saúde primários por total de pessoal	✕
Rupturas de stock de medicamentos essenciais	✓
Número de infecções cruzadas por número de doentes hospitalares	✕
Nível médio salarial por categoria de RHS	✓
Número de candidatos por vagas por categoria de RHS	✓
Estimativa do número de candidatos	✕
Percentagem de emigração por categoria de RHS	✕
Percentagem de imigração por categoria de RHS	✕
Taxa média de mortes por VIH/SIDA por categoria de RHS	✕

INDICADOR	DATA
Proporção de médicos que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde	✗
Proporção de profissionais de outras categorias de RHS que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde	✗
Taxa de absentismo dos RHS	✗
Número médio de horas de trabalho por semana por categoria de RHS	✓
Opiniões sobre se a motivação é, ou não, um problema	✓
Nível médio salarial por categoria de RHS	✗
Rácio dos níveis salariais dos RHS para profissões comparáveis	✗
Rácio do salário médio nas áreas rurais para salário médio nas áreas urbanas por categoria de RHS	✓
Rácio dos níveis salariais médios dos homens para níveis salariais médios das mulheres dos RHS	✓
Nível salarial como proporção da despesa governamental corrente	✗
Despesa com a saúde em proporção do PIB	✓
Despesa total de saúde per capita em PPP	✓
Nível salarial dos RHS em comparação com o PIB per capita	✗
Fornecimento de produtos farmacêuticos	✗
Fornecimento de material cirúrgico	✗
Tecnologias cirúrgicas	✗
Profilaxia pós-exposição ao VIH	✗
Luvas de boa qualidade	✗
Agulhas e bisturis de boa qualidade	✗
Existência de sub-especializações	✗
Oportunidades de formação contínua	✗
Benefícios de reforma	✗
Cuidados às crianças	✗
Seguro de saúde	✗
Seguro de acidentes	✗
Aconselhamento psicológico para os trabalhadores da saúde	✗
Grupos de apoio de pares	✗
Instalações	✗
Equipamento de laboratório	✗
Imagiologia	✗
Percentagem de alunos a frequentar o ensino secundário	✗
Percentagem de alunos que terminaram o ensino secundário	✗
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas médicas	✗
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de saúde pública	✗
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de ciências farmacêuticas	✗

INDICADOR	DATA
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de enfermagem e enfermagem obstétrica	×
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas paramédicas ou escolas técnicas de saúde	×
Proporção de graduados do ensino intermédio (pré-secundário) que se candidataram a escolas de enfermagem e enfermagem obstétrica	×
Proporção de graduados do ensino intermédio (pré-secundário) que se candidataram a escolas paramédicas ou escolas técnicas de saúde	×
Proporção de graduados do ensino intermédio e secundário que tiveram acesso a informação e campanhas de promoção dos RHS	×
Custo médio da educação por formação de cada categoria de RHS	×
Custo médio anual da educação por formação de enfermeiros gerais	×
Custo médio anual da educação por formação de tecnologias da saúde	×
Proporção de candidatos (total e por categoria) aceite numa instituição de formação de RHS específica	×
Proporção de candidatos que aceitaram um lugar numa instituição de formação de RHS	×
Proporção de alunos que terminaram a formação de RHS	×
Proporção de graduados que entraram no sector da saúde	×
Densidade regional de graduados (da mais elevada para a mais baixa)	×
Proporção de RHS do sexo feminino	×
Missão das instituições de RHS – inclui declaração sobre a disponibilidade necessária à prestação de cuidados de saúde, sobre a necessidade futura de formação, a responsabilidade social, a investigação e envolvimento comunitário	×
Participação dos alunos nos cuidados aos doentes (em número de horas semanais gastas com cuidados a pacientes)	×
Proporção de cursos (disciplinas) dedicados às doenças prioritárias do país	×
Capacidade de admitir alunos relativamente à capacidade de formação pela instituição de RHS em todos os níveis de educação	×
Política de admissões	×
Mecanismos de actualização das competências dos professores	×
Tamanho médio das turmas	×
Número de computadores por aluno	×
Número de computadores com acesso à internet por aluno (indicar a velocidade de banda)	×
Envolvimento dos parceiros na avaliação dos programas	×
Definição das estruturas de governação das instituições de formação – reflecte a representação do pessoal académico, estudantes e outros parceiros	×
Linhas claras de responsabilidade e autoridade no currículo e orçamento	×
Mecanismos de revisão regular da formação dos RHS	×
Actualização e desenvolvimento profissional contínuo	×
Acesso a informação em saúde actualizada e relevante (referir se existem, quais os locais e como podem os profissionais se actualizar)	×
Número de horas por semana que o profissional utiliza com sua própria capacitação ou formação	×
Participação em discussões de grupo ou redes (indicar a frequência e o tipo – electrónicas ou presenciais)	×

INDICADOR	DATA
Escolha sobre o salário (pouca, moderada, elevada)	✗
Capacidade para contratar (baixa, média, elevada)	✗
Capacidade para dispensar (baixa, média, elevada)	✗
Autonomia sobre mapas de pessoal e distribuição de pessoal a nível institucional (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre recrutamento (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre transferências (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre promoções (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre alocação de recursos (% de despesa local autorizada por autoridade superior)	✓
Existência de iniciativas alargadas do sector público relativamente aos RHS	✗
Percentagem do orçamento destinado à gestão dos RHS	✗
Número de gestores de RHS de alto nível a tempo inteiro	✓
Rácio de gestores centrais para gestores regionais	✓
Existência de plano de gestão de RHS	✓
Percentagem de pessoal que recebeu formação em gestão no último ano	✗
Registo dos prestadores privados actualizado e correcto	✗
Número de modelos de contratação permitidos	✗
Número de categorias de profissionais de saúde do sector público com autorização para trabalhar pelo menos em part-time no sector privado	✗
Ficheiros com registos da história do empregado (Sim / Não)	✗
Directrizes para consultar os ficheiros pessoais (Sim / Não)	✗
Manual de ajuda à administração de pessoal (Sim / Não)	✗
Directrizes de apreciação de desempenho documentadas e acessíveis (Sim / Não)	✗
Sistema de classificação de carreiras que identifica claramente os tipos de funções e a progressão na carreira (Sim / Não)	✓
Directrizes para formulários e procedimentos para aprovação de recrutamentos, promoções e transferências (Sim / Não)	✗
Directrizes para formulários e procedimentos disciplinares, queixas e cessações	✗
Verificação dos registos relativos a recrutamentos, promoções e transferência com os postos autorizados, os orçamentos anuais e os fundos disponíveis (Sim / Não)	✗
Número de vezes por ano que o sistema de gestão fornece informação sobre os indicadores	✓
Percentagem de instituições que utilizam formulários de indicadores para reportarem a monitorização e avaliação (por exemplo, registos de morbilidade)	✓
Percentagem de instituições que apresentam notificações de doença como estabelecido	✓
Rupturas de stock de medicamentos essenciais	✗
Proporção de diferença entre os stocks com registo manual e o stock com registo informático	✗
Percentagem de instalações com instalações aceitáveis de armazenamento	✗
Número de horas efectivas de trabalho por número de horas de trabalho	✗
Número e frequência de visitas de supervisão às unidades de saúde	✗

INDICADOR	DATA
Número anual de pessoas que deixam os empregos por pessoal nos postos + pessoal que saiu	✕
Frequência ou número de reuniões de pessoal por ano	✕
Percentagem de minutas por agendas de reuniões	✕
Oferta regular de módulos de gestão (Sim / Não)	✕
O país tem legislação adequada que fornece uma estrutura para a informação em saúde.	✕
O Ministério da Saúde possui capacidade em áreas chave das ciências da informação (epidemiologia, demografia, estatística, informação e tratamento e comunicação de informação)	✓
Existe uma unidade administrativa funcional central no Ministério da Saúde que concebe, desenvolve e apoia a colheita, gestão, análise, disseminação e utilização de informação sobre saúde, incluindo a informação sobre RHS	✓
No ano anterior foram desenvolvidas actividades de capacitação para o pessoal do sistema de informação em RHS quer a nível nacional quer a nível regional	✓
Assistência disponível, a nível nacional e regional, para a concepção, gestão e apoio a bases de dados e software	✓
Estão disponíveis materiais (formulários, lápis, papel e outros) necessários ao registo da informação	✓
Estão disponíveis computadores a nível nacional, regional e distrital de modo a permitir a compilação da informação	✓
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (telefone) a nível nacional, regional e distrital	✓
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (acesso a internet e e-mail) a nível nacional, regional e distrital	✓
Existe uma base de dados dos RHS que monitoriza o número de profissionais de saúde pelas principais categorias profissionais que trabalham quer no sector público quer no sector privado.	✓
Existe uma base de dados nacional que monitoriza o número de graduações por ano de todas as instituições de formação na área da saúde	✓
Recursos humanos para manter e actualizar a base de dados nacional dos RHS	✓
Tempo decorrido desde a última actualização da base de dados	✓
Existe um procedimento escrito para a gestão dos dados que inclui a colheita, preservação, limpeza, controlo de qualidade, análise e apresentação dos dados implementado em todo o país	✓

IV.

Ponto da Situação para MOÇAMBIQUE

Sidat M, Fronteira I, Dussault G

1. Introdução

Moçambique situa-se na África Austral, é limitado a leste pelo Oceano Índico e tem cerca de 4.330 km de fronteiras terrestres com a Tanzânia, o Malawi, a Zâmbia, o Zimbabué, a Suazilândia e a África do Sul. A superfície do território é de cerca de 799.380 km².

O país está dividido em 11 Províncias, sendo a Cidade de Maputo a capital do país. Cada Província tem a sua capital provincial e divide-se em distritos que, por sua vez, integram postos administrativos. No total, o país tem 136 distritos. As Províncias são agrupadas geograficamente em três regiões: a região Sul, composta pelas Províncias de Maputo, Cidade de Maputo, Inhambane e Gaza; a região Centro constituída pelas Províncias de Sofala, Manica, Tete e Zambézia; finalmente, a região Norte que inclui as Províncias de Nampula, Cabo Delgado e Niassa. De um modo geral, em Moçambique distinguem-se três tipos de relevos geográficos: a planície litoral que ocupa grande parte do território (40%) e é a região natural onde se observa a maior concentração da população; os planaltos com altitudes que variam entre 200 e 1 000 metros; os grandes planaltos e montanhas que ocupam uma pequena parte do território nacional, com altitudes superiores a 1 000 metros. O clima é do tipo tropical, com duas estações distintas: uma seca e relativamente fria e húmida e outra quente.

O País proclamou a sua independência nacional em 1975. O primeiro Governo adoptou uma política socialista e contava com um importante apoio económico e político dos outrora chamados países do “Bloco do Leste”.

A sociedade moçambicana é representada por uma coexistência multicultural, que se manifesta pela diversidade linguística e de costumes étnico-sociais e religiosos, económicos e históricos. Logo após a independência, a língua Portuguesa foi adoptada como a língua oficial e empregue no quotidiano moçambicano. Os anos que se seguiram à independência foram marcados por um colapso da economia e uma grande instabilidade política, militar e social agravada pelo conflito armado. Só em 1992 o Governo conseguiu estabelecer um acordo de paz com as forças rebeldes envolvidas no conflito. Em 1994, realizaram-se as primeiras eleições gerais e multi-partidárias e Moçambique assumiu um novo rumo com um franco crescimento económico e iniciou um período de relativa estabilidade social e política.

Entretanto, é de referir que o país havia herdado, do período de pré-independência nacional, assimetrias socioeconómicas relevantes entre as zonas urbanas e rurais e entre as zonas Sul e Norte do país. Essas assimetrias agravaram-se no período pós-independência, particularmente durante o conflito armado, incluindo no que se refere às condições sociais e económicas, ao acesso aos alimentos básicos, à saúde e à educação.

1.1 Ambiente macroeconómico

Globalmente, Moçambique possui uma diversidade de recursos naturais considerada favorável para impulsionar o desenvolvimento socioeconómico do país. Depois de 1995, vários sectores observaram um franco desenvolvimento que contribuíu para um crescimento expressivo do país, registando uma taxa média de 8%, de 2000 a 2006. Esta estabilidade macroeconómica tem acompanhado também um clima político estável. Por outro lado, o crescimento económico tem também contribuído para a melhoria da situação da população moçambicana reflectida na redução do índice de pobreza em cerca de 22% entre 1997 e 2003. O combate à pobreza absoluta constitui uma das grandes prioridades do Governo actual para o quinquénio 2005-2009, comprometendo-se em reduzir a pobreza a níveis iguais ou inferiores a 45% até 2009. A **Tabela 1** apresenta valores de alguns indicadores macroeconómicos.

1.2 Padrões de morbilidade e mortalidade

Após a independência, Moçambique implementou com algum sucesso um sistema de saúde com privilégio dos cuidados de saúde primários (CSP). Entretanto, o conflito armado causou não só o desmantelamento do sistema de saúde implementado, mas também a destruição física e/ou funcional das Unidades Sanitárias que representavam os sustentáculos desse sistema. Tal como noutros sectores da sociedade moçambicana, desde 1992 têm-se verificado melhorias nos indicadores de saúde. Essa melhoria representa o reflexo da recuperação gradual das infra-estruturas sanitárias, expansão da rede sanitária e de uma maior qualificação dos recursos humanos da saúde. Outros factores que contribuíram para as melhorias dos indicadores de saúde incluem o crescimento económico efectivo e estável verificado desde 1992 e as melhorias verificadas no acesso aos serviços de saúde, incluindo em zonas outrora inacessíveis por causa do conflito armado.

Actualmente, o Sistema de Saúde em Moçambique está subdividido em três sectores que se complementam:

- Sector público: o Serviço Nacional de Saúde, organizado pelos quatro níveis de atenção de saúde, dispensando cuidados integrados de saúde;
- Sector privado: composto por instituições com fins lucrativos e outros não-lucrativos;
- Sector comunitário: envolvendo essencialmente os chamados agentes polivalentes elementares (agentes comunitários).

Assim, os cuidados de saúde em Moçambique são prestados ao nível das seguintes Unidades Sanitárias: Centros de Saúde, Hospitais Distritais, Hospitais Provinciais e três Hospitais Centrais (em Maputo, Nampula e Beira). Além destas Unidades Sanitárias públicas, algumas ONGs, as clínicas privadas e os praticantes de medicina tradicional também prestam cuidados de saúde.

Dos oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) indicados pelas Nações Unidas (NU) até ao ano 2015, três referem-se especificamente à saúde. O quadro seguinte resume a evolução temporal de alguns indicadores relativos a estes Objectivos.

2.
O estado dos RHS

Como referido anteriormente, Moçambique tem registado melhorias significativas dos seus indicadores de saúde nos últimos anos. Vários são os factores que contribuíram para estas melhorias, incluindo as políticas adoptadas pelo Governo, que criaram um ambiente de estabilidade política e contribuíram para um franco crescimento económico do país, as diversas intervenções implementadas pelo Ministério de Saúde (MISAU) no sentido de melhorar o Sistema Nacional de Saúde, e sobretudo, o trabalho abnegado e persistente de milhares de trabalhadores da área da saúde em todo o país. Por exemplo, uma das políticas adoptadas pelo MISAU foi de iniciar programas especiais de formação acelerada, devido à falta de RHS adequados para responder às necessidades do país. Nesse contexto, foram formados profissionais de nível médio com competências que eram escassas no sistema, como as de anestesiologia e de cirurgia (esta última desde 1984). Uma das vantagens da formação destes profissionais reside no facto destes quadros poderem estar disponíveis para servir o sistema de saúde num período relativamente curto e a um custo quase dez vezes inferior quando comparado com o dos médicos especialistas. Por outro lado, as avaliações do desempenho destes quadros demonstraram resultados sensivelmente equivalentes com os dos médicos especialistas (Pereira et al. 1996; Vaz et al., 1999; Cumbi A. et al., 2007).

Enquanto que os esforços do Governo moçambicano estiveram outrora quase exclusivamente dedicados à manutenção dos serviços básicos de saúde, actualmente, a atenção centra-se na expansão, fortalecimento e melhoramento do Serviço Nacional de Saúde. A maior barreira para alcançar estes objectivos continua a ser o défice de RHS no país, que se caracteriza pelas deficiências na densidade, distribuição, composição e no desempenho (Ferrinho P & Omar C, 2006). No **Quadro 32** estão representados alguns dados sobre RHS comparados com outros países da África Subsaariana.

Para colmatar estas deficiências e garantir a consecução dos ODM, foi recentemente produzido e aprovado pelo MISAU o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde para 2008-2015 (MISAU, 2008). O Plano inclui uma série de acções coordenadas e sistematizadas para ampliar a força de trabalho da saúde em Moçambique de 1,26 a 1,87 por 1 000 habitantes até 2015, incluindo uma melhoria significativa do sistema de formação inicial do pessoal da saúde promovido pelo MISAU.

O Sector da Saúde é o segundo maior empregador do País e do Estado, a seguir ao sector da Educação. A força de trabalho assalariada no Sector da Saúde era de 28 316 trabalhadores em 2007 (MISAU, 2008). Entretanto, as ofertas de emprego pelo sector privado, mais lucrativo, têm crescido, assim como as oportunidades de emprego nas organizações não-governamentais dedicadas à saúde. Existe uma proporção cada vez maior de RHS a trabalhar em múltiplos sectores ou exclusivamente fora do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Como os RHS fora do sector público não são aferidos nas estatísticas oficiais do MISAU, os números apresentados referentes aos profissionais da saúde devem ser vistos com alguma reserva (Ferrinho P & Omar C, 2006). Salienta-se ainda que 16,5% do total de médicos e 21,7% do total de enfermeiros têm idade superior a 50 anos (Ferrinho P & Omar C, 2006).

2.1
Densidade dos RHS

A carência de RHS em Moçambique, como referido acima, é grave, estando muito aquém das densidades mínimas recomendadas pela OMS e comprometendo de forma séria a possibilidade do país alcançar os ODM.

Por exemplo, em 2004 existiam cerca de 0,03 médicos (nacionais e expatriados) por 1 000 habitantes e cerca de 0,21 enfermeiros por 1 000 habitantes (OMS, 2006). O **Quadro 33** apresenta a evolução de alguns dos indicadores de densidade dos RHS em Moçambique.

A densidade de RHS, no entanto, tem vindo a evoluir positivamente ao longo do tempo, mas com melhorias relativamente pequenas. Em 1990 haviam 112 RHS (todas as carreiras legisladas) por 100 000 Moçambicanos. Em 2000 existiam 2,4 médicos por 100 000 habitantes e 20,5 enfermeiros por 100 000 habitantes. Em 2003 existiam 100,8 RHS por 100 000 habitantes e 3,8 médicos (nacionais e expatriados) no SNS por 100 000 habitantes (OMS, 2004).

Os RHS apresentam-se, dum modo geral, mais concentrados em zonas urbanas. Os enfermeiros e as parteiras auxiliares são trabalhadores mais presentes nas zonas rurais do que nas zonas urbanas: 60% dos enfermeiros auxiliares e 68% das parteiras auxiliares exercem a sua profissão em zonas rurais, isto é, 15 em cada 25 enfermeiros auxiliares e 25 em cada 37 parteiras auxiliares, enquanto que, apenas 3% dos médicos lá trabalham. As províncias mais bem servidas estão no Sul do país, à excepção de Gaza, em que os indicadores são comparáveis aos das zonas com piores densidades dos RHS. Cerca de 55% dos RHS estavam colocados em Unidades Sanitárias periféricas e apenas 41% trabalhavam em hospitais. As condições nas zonas urbanas, incluindo a possibilidade do duplo emprego, aparentemente eram responsáveis pela maior densidade dos RHS nessas zonas (Ferrinho P & Omar C, 2006).

2.2
Distribuição dos RHS

Os dados sobre os níveis de densidade dos RHS (referido acima) podem mascarar diferenças de capacidades e competências, de género, sectoriais e de nível de cuidados, significativas na distribuição pelas diferentes regiões geográficas,.
Em Moçambique, as assimetrias regionais em RHS persistem apesar dos esforços do MISAU no sentido de as corrigir. Essas assimetrias reflectem-se nos diferentes rácios de habitantes por RHS (médicos, enfermeiros, outros). Pensa-se que, entre outros motivos, isso pode dever-se, por um lado, à falta absoluta de RHS no país e, por outro, às dificuldades de retenção do pessoal

da saúde em determinadas regiões geográficas de Moçambique. Em geral, os RHS no sector público (o maior empregador, como referido acima) são colocados pelo Ministério da Saúde. Outrora, o MISAU orientava-se, por critérios incrementalistas, tendo pouca atenção para as desigualdades e necessidades específicas de cada região geográfica ou província do país. Os diferentes PNDRHS procuraram orientar melhor o processo de colocação, propondo estratégias que levavam em conta as exigências de equidade (medidas pelos indicadores de acesso) e de eficiência (medidas pelos indicadores de actividade). Na **Tabela 5** pode observar-se a evolução de alguns indicadores de RHS para avaliação das assimetrias entre as diferentes categorias e entre as diferentes áreas geográficas do país.

Como se pode observar no Quadro 34, existe, sem dúvida, um problema importante de assimetria na distribuição dos RHS entre as diferentes regiões geográficas do país (zona Sul com melhores rácios que a zona Norte) e uma maior concentração de profissionais da saúde na Capital do país (inclui HCM e órgãos centrais).

2.3
Desempenhos dos RHS

Existe, em Moçambique, para todos os funcionários do Aparelho do Estado um "sistema de avaliação do desempenho", definido no artigo 74º do Regulamento de Concursos nas Carreiras de Regime Geral e Especial, da Área Comum do Aparelho do Estado (Diploma Ministerial Nº 61/2000, de 5 de Julho) como:

"A classificação de serviço visa a avaliação permanente do mérito do funcionário, no exercício das funções que lhe estão atribuídas, nomeadamente as qualidades de adaptação e de direcção, a capacidade de execução, a eficácia na organização do trabalho, a eficiência e o comportamento pessoal. Todos os funcionários do Estado deverão ser classificados, até 31 de Março de cada ano, em relação ao ano anterior".

Os profissionais que desempenham funções de chefia têm a competência para deliberar sobre o desempenho dos seus subordinados. As classificações de desempenho atribuíveis são: Muito Bom, Bom, Regular e Mau. Contudo, este sistema tem sido considerado como puramente administrativo, carecendo dum cariz verdadeiramente orientado para a avaliação do desempenho e, por isso, não produz os efeitos desejados. Encontra-se actualmente em estudo, no MISAU, uma nova proposta, decorrendo actualmente algumas experiências ainda embrionárias (Anexo III, Subsídios para PNDRHS 2008-2015, MISAU, 2008).

Existem poucos estudos sobre a satisfação dos utentes dos Serviços de Saúde em Moçambique. O grau de satisfação dos utentes pelos Serviços de Saúde Públicos pode ser usado como um indicador do desempenho dos RHS. A satisfação dos utentes parece estar positivamente associada com o nível de formação dos profissionais da saúde e com a acessibilidade do profissional. As causas da insatisfação dos utentes incluem taxas de pagamento ilegais e falta de motivação do pessoal da saúde (Newman et al., 1998, Schwalbach et al., 2000). Os resultados preliminares dum estudo de satisfação dos utentes recentemente efectuado na Província de Tete revelou, como principais factores associados com insatisfação dos utentes, a carência dos recursos humanos (em quantidade e qualidade) e a falta dos medicamentos nas Unidades Sanitárias. Enquanto a falta de medicamentos foi uniformemente sentida tanto nas zonas rurais como urbanas, a escassez de recursos humanos foi mais sentida nas zonas rurais. Contudo, os utentes das zonas rurais apresentaram um grau de satisfação ligeiramente mais elevado do que os utentes urbanos (Mbofana F, et al., 2008).

No Quadro 35 são apresentados alguns indicadores que são comummente utilizados na análise do desempenho dos RHS. Como se pode ver pela Tabela 6, persiste a falta de dados. Entretanto, pode observar-se que o total de gastos com RHS per capita (em USD) aumentou de 6 em 1995 para 17 em 2006 (OMS, 2008). O panorama actual do Sector da Saúde leva a crer que esta tendência irá persistir nos próximos anos, tendo em conta os esforços do Governo moçambicano em aumentar os efectivos dos RHS actuais em simultaneidade com os esforços no sentido de aumentar o acesso populacional aos Serviços de Saúde públicos.

2.4
Problemas transversais aos recursos humanos da saúde

Não existem dados disponíveis de forma sistematizada que permitam caracterizar os problemas transversais aos RHS. No entanto, nesta secção serão apresentados alguns dados encontrados em relatórios, documentos e outra literatura cinzenta. Em Moçambique, em 2003, cerca de 30,8% dos médicos eram de nacionalidade estrangeira (MISAU, 2008).

Segundo um relatório do Banco Mundial sobre a situação dos RHS em Moçambique, existe prova circunstancial de uma emigração crescente de médicos e outros quadros para a África do Sul e Portugal (Ferrinho P & Omar C, 2006). No entanto, os dados existentes mostram que esta emigração de RHS, por exemplo, para Portugal não é tão significativa como para outros PALOP, mas não pode ser considerada insignificante. O maior grupo de RHS em Portugal consiste em cerca de 50 médicos. A maioria dos RHS moçambicanos em Portugal são mulheres, têm menos de 40 anos e as razões para esta emigração são diversas (Ferrinho P & Omar C, 2006). Considera-se que a dimensão da migração dos RHS é ainda limitada, provavelmente por razões linguísticas e um forte sentido de ligação ao país de origem. Em 2002 havia 45 médicos e 26 enfermeiros moçambicanos a trabalhar em Portugal, o que representa um número muito inferior ao dos técnicos provenientes de outros países do PALOP no território. Entretanto, pensa-se que o número de profissionais da saúde moçambicanos em outros países seja muito baixo. Por sua vez, 8 médicos estrangeiros africanos trabalhavam em 2003 em Moçambique com contrato individual (Ferrinho P & Omar C, 2006).

Mais do que a emigração, as grandes perdas dos RHS em Moçambique parecem estar associadas às licenças para traba-

lhar noutro sector, departamento ou serviço ou às licenças temporárias para estudar ou trabalhar fora do sector público. De acordo com o Anexo III do PNDRHS 2008-2015 (MISAU, 2008), estima-se em cerca de 181 o número de técnicos que pediram licenças registadas e ilimitadas, entre os anos de 2000 e 2005. Na **Tabela 7** estão sumarizadas algumas causas de perdas dos RHS entre 1999 e 2004.

As perdas dos RHS devidas aos óbitos por SIDA são ainda limitadas (<1% da força de trabalho), embora o impacto sobre a morbilidade do pessoal e as condições de trabalho sejam já visíveis. Por exemplo, o total de óbitos (incluindo por VIH/SIDA) notificados em 2004 constitui pouco mais de 1% da força de trabalho, mantendo-se bem abaixo das estimativas do PNDRHS entre 2001 e 2010 (1,5% a 3,5% causado pelo SIDA), sendo maior a percentagem entre o pessoal auxiliar, geralmente de idade mais avançada. Contudo, a mortalidade entre o pessoal da saúde cresceu nitidamente entre 2003 e 2004, o que pode estar relacionado com a maturação da epidemia de VIH/SIDA. Pensa-se que a possibilidade de dispor de medicamentos antiretrovirais (ARV) em todas as províncias e a detecção e encaminhamento dos doentes poderá limitar o impacto do SIDA entre o pessoal de saúde, para um valor substancialmente inferior a 1,5% (Anexo III, PNDRHS 2008-2015, MISAU, 2008).

Apesar de não haver dados disponíveis de forma sistematizada, o aparecimento de novas instituições de formação superior e a abertura de novos cursos superiores em todo o país constituem provas inegáveis de que Moçambique tem registado um aumento gradual no número de candidatos para o ensino superior e que, de igual modo, há cada vez mais vagas (em quantidade e diversidade) para os cursos superiores. Esta observação também se aplica aos cursos relacionados com a saúde. O número de instituições de formação de nível médio oferecendo cursos específicos da saúde também tem aumentado, contribuindo igualmente para o crescimento do número de vagas. Estas provas permitem concluir que há presentemente uma tendência crescente do número de formados nas áreas de saúde de nível médio e superior.

Com relação à sobrecarga de trabalho, não foram encontrados dados sistematizados que permitam quantificar a existência e a magnitude do problema entre os RHS em Moçambique. Entretanto, a avaliação pontual da carga de trabalho, feita em Sofala e Nampula, mostrou que as necessidades de pessoal são maiores (e com tendência ao crescimento), mas que podem ser obtidos ganhos de eficiência através da transferência de uma parte do pessoal de US com baixo nível de actividade para outras mais lotadas (Anexo III, PNDRHS 2008-2015, MISAU, 2008).

Por outro lado, se bem que nunca tenha sido abordada formalmente, a insatisfação no trabalho parece mais frequente entre enfermeiros do que entre médicos. A insatisfação com relação aos salários auferidos foi observada em todos os profissionais da saúde, nomeadamente entre os médicos, os enfermeiros e o pessoal auxiliar (Schwalbach et al., 2000). Dados recolhidos através dos debates de grupos de reflexão e entrevistas individuais com os trabalhadores e gestores da área da saúde em províncias seleccionadas do país, como forma de obter subsídios para o PNDRHS 2008-20015, mostraram que, de um modo geral, existe uma grande insatisfação dos trabalhadores e falta de confiança na capacidade do MISAU para corrigir os problemas do sistema de serviços de saúde. De entre estes problemas os trabalhadores e gestores destacam as deficientes condições de trabalho, a falta de biossegurança, a não implementação das carreiras, uma política de incentivos inadequada às diversas realidades do país, a não execução da política de incentivos vigente, o défice de pessoal, a falta de acesso à formação contínua, a morosidade na tramitação dos documentos do pessoal, a falta de acesso à actividade privada que permita melhorar os salários auferidos no sector da saúde fora dos grandes centros urbanos e as desigualdades entre províncias e distritos.

3.
Políticas que influenciam os RHS

3.1
Financiamento

O financiamento é um dos factores mais importantes que influenciam quer os problemas transversais do sector da saúde quer o estado da sua força de trabalho. Essa influência faz-se sentir ao nível do pagamento dos salários e de outros recursos não salariais necessários à eficiência do sistema de saúde. Aliás, uma reflexão profunda sobre este tema deve incluir uma análise dos incentivos não salariais, uma vez que tal abordagem permite a identificação de alavancas financeiras que podem ser mais eficientes na concretização dos objectivos em termos de força de trabalho.

Em Moçambique, o total da despesa pública com a Saúde cresceu, entre 1997 e 2000, de 4,6 USD para 7,5 USD per capita e em 2004, situou-se em 12 USD per capita. A despesa pública com a Saúde em relação ao PIB mostra uma evolução variável: subiu de 2,3% para 3,4% entre 1997 e 2000, desceu para 2,9% em 2004 e voltará a subir para 3,7% em 2005 (PNDRHS 2006-2010, MISAU, 2006).

O Sistema Nacional de Saúde é considerado actualmente um sistema misto público e privado. O sistema público é o principal e envolve diversos ministérios, entre os quais o MISAU é, de longe, o mais importante. O MISAU está organizado em três níveis administrativos: Órgãos Centrais (OCs), Direcções Provinciais e Distritais de Saúde (DPSs e DDSs). Os serviços estão organizados, por sua vez, em 4 níveis, conforme a complexidade dos cuidados de saúde prestados. Existem mais de 1200 USs, a grande maioria de nível primário e de pequenas dimensões, sem considerar a rede de postos comunitários que conta com centenas de unidades. Os hospitais com mais de 100 camas são 25. Não obstante as recentes melhorias, o SNS está a ser sub-financiado e só é acessível a cerca de 50% da população, com serviços de qualidade variável (Yates R & Zorzi N, 1999). O orçamento do Sistema Nacional de Saúde e do MISAU é altamente dependente de fundos externos (estimados entre os 50% e os 70%) (MISAU,2006).

Tal como em muitos outros países com características idênticas às de Moçambique, o MISAU tem adoptado políticas de remuneração acessórias para compensar os baixos salários da sua força de trabalho. Como consequência, muitas destas remunerações adicionais surgem, pontualmente, para responder a situações concretas, umas vezes com claras intenções de compensar riscos profissionais ou actividades laborais mais árduas, noutras, em modelos mais avançados, para premiar desempenhos, e noutras ainda em que dificilmente se consegue vislumbrar a sua verdadeira justificação. É também vulgar misturarem-se remunerações cuja natureza traduz, inequivocamente, contributos de natureza social que se integrariam nas diversas modalidades de um outro sistema de segurança social minimamente estruturado (MISAU, 2006).

O sistema remuneratório dos RHS em Moçambique está associado ao regime estatutário para todos os funcionários e associado ao sistema de carreiras profissionais. Importa salientar que os salários dos profissionais de saúde desvalorizaram, após a independência, face à crise económica e inflação. A situação agravou-se com a política de reajustamento estrutural (fim da década 80 e início da década de 90). De 1991 a 1996, os salários mensais dos enfermeiros caíram de 110 USD para menos de 40 USD. Os salários dos médicos caíram de 350 USD para 110 USD (Pfeiffer, 2003). Nos finais da década, o valor dos salários recuperou, em parte, níveis anteriores, para se estabilizar nos últimos anos. Em 2006, o salário médio mensal líquido de um médico era de cerca de 550 USD, o de um técnico médio de 170 USD e o de um básico de 115 USD. Nos últimos anos, os salários têm mantido o seu valor perante a inflação (aumentos de 7% e 10%, respectivamente, em 2005 e 2006) (MISAU, 2006). Com a **Tabela 9**, pretendia-se apresentar alguns indicadores relacionados com o financiamento dos RHS; porém, apesar da existência de diversos dados sobre gastos com RHS disponíveis em documentos estratégicos e de consultadorias, a maioria dos indicadores pretendidos no **Quadro 37** não foram encontrados nos documentos consultados.

Como referido acima, para além do salário mensal, o pessoal dos RHS beneficia:

- De um bónus especial, que constitui entre 30 e 40% da remuneração salarial paga aos quadros superiores, 25% aos bacharéis e quase 20% aos médios;
- De subsídios de risco, de turno e de horas extras. No global, são pouco significativos para o pessoal superior não médico (cerca de 5%); atingem cerca de 8-10% para os médicos, 14% para os quadros médios de saúde, 20% para os básicos e 22% para os auxiliares;
- Outros subsídios possíveis são: subsídio de chefia, abono de família, *topping-up* (corresponde ao valor pago aos médicos especialistas moçambicanos colocados nas províncias).

Por outro lado, os descontos que incidem nos salários, de forma universal, atingem, actualmente, 9% da remuneração auferida, assim distribuídos: 7,5% em forma de desconto para à reforma do funcionário; 0,5% como subsídio para despesas de funeral; e 1,5% para despesas de assistência médica.

O empregador – no caso, o MISAU –, tem a responsabilidade de garantir as condições adequadas de trabalho e de assistência médica e medicamentosa dos seus trabalhadores (incluindo profilaxia pós-exposição e aconselhamento psicológico), condições adequadas de biossegurança (incluindo bónus de risco), possibilidade de progressão na carreira e de beneficiar de formação contínua e / ou especializada e de subsídios de reforma.

3.2 Educação

O sistema de educação na área da saúde deve produzir uma força de trabalho bem treinada para lidar com as prioridades da área. Permite determinar o número de graduados com um determinado conjunto de competências e a qualidade dos recursos humanos em saúde desejáveis para o país. Vários indicadores são utilizados na avaliação deste parâmetro, incluindo: número de Escolas, Institutos ou Faculdades, número de vagas, número de graduados e capacidade de expansão (a ser estimado por entrevistas com informantes-chave). Estes e outros indicadores estão sumarizados no **Quadro 38**.

A formação dos profissionais da saúde é responsabilidade conjunta do Ministério da Educação e do MISAU. O Ministério da Educação licencia as instituições de formação superior, aprova os seus programas de ensino e reconhece os diplomas ou títulos universitários obtidos fora de Moçambique. Também financia e administra as instituições públicas de ensino superior. Todas as outras instituições de formação de profissionais de saúde, a nível médio ou mais básico, são da responsabilidade do MISAU. É o MISAU que aprova os programas de ensino nessas Instituições de Formação. A coordenação da formação pós-graduada e dos técnicos de nível médio é, também, uma responsabilidade directa do MISAU, enquanto que a formação básica, elementar ou polivalente é da responsabilidade da Província.

Em Moçambique, os estudantes de Medicina são formados em três faculdades. Na Cidade de Maputo, numa instituição do sector público fundada em 1963, a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), que já formou mais de 800 médicos desde de 1975 até 2007; Desde 2001, na Beira, numa instituição do sector privado, a Faculdade de Medicina, integrada na Universidade Católica e que formou 24 médicos em 2007 (os primeiros graduados desta faculdade); e numa terceira faculdade pública, na Universidade do Lúrio, em Nampula, que iniciou o seu primeiro curso de medicina, no ano de 2007, com 60 alunos. Estima-se que o número de graduados crescerá sensivelmente nos próximos anos, devido ao aumento dos estudantes na própria UEM e, desde 2007, dos médicos que sairão da Universidade Católica da Beira e da Universidade do Lúrio, em Nampula.

Em Moçambique, as Faculdades de Medicina têm prestado pouca atenção à formação pós-graduada. Contudo, desde 2001, a Faculdade de Medicina da UEM tem oferecido um programa de Mestrado em Saúde Pública, com a duração de dois anos. Desde então, já foram graduados com Mestrado em Saúde Pública, 22 dos 34 candidatos que se inscreveram. Em 2007, foram admitidos 31 novos estudantes no IV curso de Mestrado.

O Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA) na Cidade de Maputo é uma escola de formação para quadros superiores, que funciona desde 2004. São objectivos gerais do ISCISA, a formação superior, a investigação e expansão do domínio das tecnologias da saúde. Como instituição vocacional, o ISCISA forma, ao nível superior, técnicos da área de saúde para todas as carreiras específicas da saúde, com a excepção de médicos. Numa primeira fase, ofereceu cursos de Laboratório, Enfermagem, Técnicos de Cirurgia, Administração Hospitalar e Técnicos de Pediatria. Podem ingressar nos cursos tanto profissionais de saúde de nível médio, como estudantes provenientes do ensino geral. Actualmente, oferece bacharelatos e licenciaturas. Tem também agendada para breve uma licenciatura em Saúde Pública.

O Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (CRDS) foi estabelecido em 1983, por um acordo entre o Governo de Moçambique e a OMS-AFRO. Tem como missão desenvolver a formação pós-graduada a profissionais de saúde dos PALOP. É uma instituição subordinada directamente ao MISAU. Além de cursos iniciais, que organiza de forma irregular, a CRDS oferece também cursos de Formação Contínua (FC).

Duas escolas públicas dependentes do Ministério de Administração Estatal (MAE), o Instituto Médio de Administração Pública (IMAP) e o Instituto Superior de Administração Pública (ISAP), formam os quadros para o Aparelho do Estado, inclusive para o MISAU.

O Instituto Superior Pedagógico Universitário (ISPU) e o Instituto de Ciências e Tecnologias de Moçambique (ISCTEM) têm também formado quadros que são absorvidos pelo MISAU, incluindo quadros superiores em administração, nas áreas de psicologia clínica, odontoestomatologia e farmácia.

A coordenação da formação pós-graduada (de especialistas, principalmente) e dos técnicos de nível médio é uma responsabilidade directa do MISAU, enquanto que a formação básica elementar ou dos agentes comunitários ou polivalentes elementares é da responsabilidade da Província. O Departamento de Formação, a nível central (MISAU), regula e monitoriza as directivas de gestão pedagógica das instituições de formação (IF), além de apoiar a planificação anual dos cursos de cada instituição e no âmbito das prioridades nacionais do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos vigente. Existem diversos problemas relacionados com a qualidade de formação nas IF, mas, simultaneamente, verifica-se a pressão do SNS para produzir um maior número de RHS em tempo breve. Isto traduz-se, por exemplo, no aumento do rácio alunos por docente. Anteriormente, a relação era de 1 docente por 15 alunos; actualmente (2007), diminuiu para 1 docente por 30 alunos, com as respectivas consequências. O Departamento de Formação (DF), a nível central, e a Direcção Pedagógica de cada Instituição, a nível local, são responsáveis pela garantia de qualidade.

No **Quadro 39** estão sumarizados alguns dados sobre as saídas dos RHS formados pelas instituições de formação subordinadas ao MISAU. Relativamente à formação pós-graduada, são formados em média 7 médicos especialistas em diversas áreas da saúde (PNDRHS 2008-2015, MISAU, 2008).

A formação necessária para suprir as necessidades do país é estimada com base no pressuposto, cada vez menos verdadeiro, de que a maioria dos formandos será absorvida pelos serviços do sector público. No entanto, as "saídas" para o sector privado deveriam ser já um factor importante a ponderar nesta estimativa de formação necessária, particularmente para pessoal de farmácia e de laboratório. Por outro lado, as perdas escolares são outro factor importante a considerar, apesar de existir prova de que têm vindo a diminuir nos últimos anos como consequência de implementação de várias estratégias, incluindo melhorias nos critérios de selecção dos candidatos aos vários cursos.

As necessidades de formação de técnicos de saúde consideradas prioritárias, a nível provincial, (por exemplo, enfermeiros e parteiras elementares), são geralmente levadas a cabo com financiamento local, quer de parceiros ou do Orçamento de Estado. Procura-se que a maioria destas formações seja efectuada sem prejuízo do plano nacional de formação.

A tarefa de estimar e dar resposta às necessidades de formação é dificultada pela complexidade da estrutura das carreiras (25 carreiras, com 6 níveis). Muitas vezes, esta dificuldade é resolvida de forma pouco satisfatória, pela combinação de vários programas de ensino num único curso. Estes quadros da saúde são formados em Institutos de Ciências da Saúde (ICS) e Centros de Formação (CF). A capacidade de formação desta rede não tem sido utilizada cabalmente, por um número de razões associadas à limitada capacidade financeira, à formação deficiente dos RHS e outras considerações pedagógicas.

O MISAU é responsável pela Formação Contínua (FC) dos seus trabalhadores. A Formação Contínua tem por objectivo actualizar e melhorar os conhecimentos, práticas, atitudes e habilitações do pessoal, com vista ao melhor desempenho das suas competências profissionais. Os programas de saúde da Direcção Nacional de Saúde estão principalmente envolvidos em acções formativas de pessoal que permitem implementar as novas estratégias, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e gestão do sistema. Porém estas actividades devem ser coordenadas pelas Repartições Provinciais de Formação Contínua. Todos os funcionários do Estado têm direito a beneficiar de cursos de FC para se actualizarem que, para mais, contribuem para progressão da carreira profissional. Contudo, a FC não está ainda adequadamente organizada para oferecer aos funcionários cursos de actualização de forma regular ou sistemática. Constatou-se que os funcionários que de alguma forma estejam envolvidos com os Programas Verticalizados são os que mais beneficiam da FC (MISAU, 2008). Entretanto, o MISAU também tem envidado esforços no sentido de melhor coordenar as actividades de FC e, para tal, desenvolveu um sistema informatizado de registo das actividades de formação desenvolvidas ou a desenvolver no Sector da Saúde no país (MISAU, 2008).

3.3
Gestão

O desempenho do sistema depende do desempenho dos trabalhadores da saúde mas, ao mesmo tempo, necessita de uma gestão efectiva dos RHS. O compromisso para com uma boa gestão de RHS está ligado a um melhor desempenho. Neste capítulo, pretende-se avaliar as capacidades e condições de gestão que orientam os RHS. Compreende-se que a gestão depende, influencia e é influenciada por diversos factores:

- A nível macro, pelo contexto do sector público / Administração Pública e pela orientação *(stewardship)* dos RHS;
- A nível médio, pelo núcleo da gestão dos RHS (descrições funcionais, carreiras, recrutamento, transferências, disciplina, cessações, gestão dos ficheiros de pessoal e dos sistema de informação da gestão);
- A nível micro, pelo ambiente institucional e pelas práticas organizacionais das instituições.

(Quadro 40)

3.3.1
Gestão de RHS

A gestão de RHS sofre dos mesmos problemas que afectam a gestão dos serviços de saúde, a todos os níveis. A sua modernização implica que os médicos e enfermeiros sejam progressivamente substituídos, nos seus cargos de gestão não clínica, por gestores profissionais com formação universitária (Plano Estratégico para Reforma e Modernização Administrativa do MISAU - PERMAS). As funções de direcção, chefia e de confiança são, em regra, exercidas em comissão de serviço, considerando os respectivos qualificadores. Os lugares de confiança são exercidos, em comissão de serviço, e por escolha entre os funcionários que reúnam os requisitos fixados nos respectivos qualificadores.

Apesar de existirem muitos dos itens indicados no quadro que se segue, muitos não funcionam de forma adequada por causa das deficiências existentes tanto no processo de gestão e administração como nas incapacidades técnico-administrativas dos próprios gestores. (Quadro 41)

3.3.2
Ambiente institucional e práticas organizacionais

Não foram encontrados dados disponíveis de forma sistematizada sobre os indicadores de ambiente institucional ou práticas institucionais (ver anexo).

4.
Sistema de informação dos RHS

Os sistemas de informação dos RHS (SIRHS) são um importante componente de qualquer sistema de serviços de saúde. Os SIRHS fazem parte integrante dos sistemas de informação em saúde, sendo cruciais para um planeamento eficiente e para a formulação de políticas, para o diagnóstico do mercado de trabalho através da análise da oferta e da procura, para a avaliação e acompanhamento das actividades de gestão dos recursos humanos, mas também do próprio sistema de saúde, e para a investigação e o desenvolvimento.

Pretende-se descrever os SIRHS em Moçambique utilizando, para tal, alguns indicadores (que incluem os mais abrangentes referentes aos sistemas de informação e outros mais específicos dos SIRHS), resumidos no Quadro seguinte, uma análise SWOT (no **Quadro 44**). (Quadro 42)

Em Moçambique, o SIRHS é conhecido por SIP (Sistema de Informação do Pessoal), sistema oficial de informação dos quadros do Aparelho de Estado gerido pelo Ministério de Administração Estatal (MAE). Existe uma forte percepção de que o SIP não reflecte, por defeito, a realidade da força de trabalho, devido à falta de ligação com as folhas salariais geridas pelo Ministério do Plano e Finanças (MPF). A introdução dos dados no SIP não é um pré-requisito para a entrada no sistema de pagamentos. Até que se preencha esta condição, o SIP estará sempre ultrapassado. Para usar o SIP (MAE) como instrumento de gestão do pessoal, deveria haver na própria base de dados um campo para a Unidade Sanitária ou outro sector onde o funcionário estiver colocado. O sistema de informação que o MPF usa para pagamento de salários baseia-se nas folhas de efectividade.

Segundo o Anexo III do PNDRHS 2008-2015 (MISAU, 2008), diferentes problemas foram identificados relativamente ao SIP, tais como a falta de consolidação central, a distinção pouco clara entre o pessoal de quadro e o pessoal contratado, e a indisponibilidade da informação das províncias em formato electrónico. Na realidade, existe uma duplicação do sistema de informação do pessoal, sob a égide de dois diferentes ministérios, cada um deles com problemas próprios ao nível de gestão das informações. Em face destes condicionamentos, a Direcção dos Recursos Humanos ao nível do MISAU promoveu pragmaticamente a consolidação e informatização de um sistema próprio de informação baseado nas folhas de efectividade. A informação assim obtida, não obstante algum nível de incerteza, é de boa qualidade para macro-planificação, embora isso não seja possível, na prática, nas condições actuais. (Quadro 43)

5.
Condições de implementação de bibliotecas virtuais em saúde (BVS)

Em Moçambique, não há informação sobre quantas bibliotecas com acesso público existem. Do mesmo modo, não existe informação sobre o número de bibliotecas em saúde. Contudo, pode indicar-se que existem mais de 17 bibliotecas em saúde no país, a partir do número de Instituições do Ensino Superior e Médio-Básico que actualmente funcionam no país e que leccionam cursos nesta área. Tendo em conta que haja pelo menos uma biblioteca em cada instituição teríamos: três em Faculdades de Medicina (em Maputo, Beira e Nampula), uma biblioteca no Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (CRDS, em Maputo), uma no Instituto Nacional da Saúde (Centro de Documentação, INS, MISAU, em Maputo), uma no Instituto Superior de Ciência e Tecnologia de Moçambique (ISCTEM, Maputo), uma no Instituto Superior de Ciências de Saúde de Maputo (ISCISA) e 10 ligadas às Instituições de Formação dos RHS do nível Médio-Básico (uma por cada província, excepto na província de Maputo). Entretanto, em algumas províncias funciona

mais do que uma Instituição de Formação e, eventualmente, existem também bibliotecas públicas dirigidas por ONGs e outras organizações como a OMS e o Banco Mundial. De referir que as capacidades e serviços oferecidos pelas diferentes bibliotecas citadas é variável, embora actualmente não existam dados que permitam detalhar esse assunto.

As infra-estruturas inadequadas do país, tais como telecomunicações, vias de acesso, rede de transporte, electricidade, equipamentos informáticos e Internet, fazem com que seja difícil o acesso à informação (em formato impresso ou em acesso electrónico) para a maioria dos profissionais de saúde, em muitas partes do país, com particular realce para as zonas rurais.

Tendo em conta estas adversidades, e para melhorar o acesso à informação, o Centro de Documentação do MISAU em colaboração com o Centro de Documentação da OMS local tem levado a cabo várias iniciativas, com destaque para ePORTUGUÊSe. O ePORTUGUÊSe foi criado para apoiar os países falantes de língua portuguesa a melhorar o seu acesso a uma rede de conhecimentos e informações sobre saúde baseada em factos. O seu principal objectivo é de gerar uma aliança em curso das instituições e dos profissionais de saúde para divulgar, distribuir e aplicar esse conhecimento e informação para melhorar a prestação de cuidados de saúde e melhorar os sistemas de saúde. Existe, para cumprir, um compromisso a longo prazo da procura de profissionais de saúde nos países africanos de língua portuguesa, que têm continuamente manifestado a sua necessidade de melhorar o acesso à informação e do conhecimento sobre a saúde em português.

Em Moçambique, participam na iniciativa ePORTUGUÊSe, para além do MISAU, o Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT) e as Instituições de saúde sediadas em Maputo e que possuem bibliotecas. Duas iniciativas principais estão a ser levadas a cabo no âmbito de programa e que contam com apoio da OMS: as Bibliotecas Virtuais de Saúde (BVS) e as Bibliotecas Caixas Azuis. Com relação às BVS, foram já identificados lugares nas zonas Norte, Centro e Sul do país onde se poderão instalar estas Bibliotecas Virtuais. Com relação às Caixas Azuis, também foram identificados alguns potenciais locais onde poderão ser instaladas nas três zonas do país (Sul, Centro e Norte).

À parte das BVS Nacionais, há a possibilidade de se criar “Estações BVS”. Estas são pontos de acesso à informação que não estão on-line, mas que mantêm informação armazenada. Para estas “estações BVS”, é somente necessária a estrutura física. Para o desenvolvimento da BVS Nacional é preciso avaliar diversos elementos: infra-estrutura de rede existente; tipo e velocidade de acesso à Internet existente; local para abrigar a BVS Nacional; Existência de RH disponíveis. Para o desenvolvimento das estações BVS foram feitas avaliações dos potenciais locais onde estas poderão ser instaladas em diferentes zonas do país, como referido acima. O produto final é o desenvolvimento de uma Rede de Fontes de Informação técnico-científica com o objectivo de disseminar a informação e o conhecimento em saúde nos PALOP por meio do modelo da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

6. Conclusões

Produzir um relatório deste tipo depende principalmente da quantidade e qualidade da informação disponível. Ao tentar preparar o presente documento, os autores depararam-se com dois problemas principais: o primeiro refere-se à enorme carência de dados relativos aos diferentes indicadores que se procura apresentar ; o segundo problema está relacionado com a qualidade da informação. Por vezes, são expostas contradições que se devem muito provavelmente aos erros nos dados primários. Contudo e à primeira vista, estas imprecisões não deverão ser de magnitude preocupante, de modo que, com alguma reserva, a informação apresentada neste documento pode ser usada com confiança para avaliar a situação corrente que se pretende ilustrar. De referir que, sempre que possível, procurou-se apresentar informação em dois tempos diferentes para mostrar as tendências evolutivas, sendo o segundo tempo o mais recente. Apesar destas limitações, o presente relatório consegue fornecer uma imagem da situação dos RHS no país.

Finalmente, como conclusão, pode-se dizer que, de um modo geral, Moçambique regista progressos no sector da saúde que se podem considerar positivos, com nítida tendência para a melhoria geral gradual, mas algo lenta, dos principais indicadores do estado de saúde do país, em paralelo com melhorias significativas dos indicadores sócio-económicos nos últimos anos (desde 1995). Esta evolução no sector da saúde reflecte-se também num aumento gradual dos RHS no país. Apesar disso e de todos os esforços empreendidos pelo Governo, Moçambique está ainda longe de cumprir integralmente os ODM com os quais se comprometeu. Há ainda que aumentar substancialmente os RHS e a rede sanitária e outros aspectos sócio-económicos a melhorar, incluindo o nível de pobreza e o nível de educação da população moçambicana. O peso da epidemia de VIH/SIDA representa um importante obstáculo no desenvolvimento sócio-económico do país e uma sobrecarga ao SNS. Moçambique gasta a maior percentagem do PIB na saúde pública (4 por cento), mas possui o menor número de médicos por 100 000 pessoas (2 médicos), despesas de saúde moderadas per capita e níveis apenas moderados de acessibilidade aos medicamentos essenciais (50-79 por cento da população). Embora existam vários factores que possam ajudar a explicar estes resultados da saúde (densidade populacional, prevalência do VIH/SIDA e o actual estado da infra-estrutura sanitária), a ineficácia da gestão e a corrupção devem também ser tomadas em linha de conta como factores importantes que reduzem a eficácia da prestação de serviços de saúde à população.

7. Bibliografia Consultada

- Alves Pereira, R. (2001). *Consultoria para Revisão das Normas Regulamentares sobre Carreiras Profissionais Específicas da Saúde, Documento Final,* Maputo.

- Cumbi, A.; Pereira, C.; Malalane, R.; et. al.; (2007). *Major surgery delegation to mid-level health practitioners in Mozambique: health professionals' perceptions,* Human Resources for Health 5:27doi:10.1186/1478-4491-5-27.

- Dal Poz, M. & Machatine, G.; (1999). *Avaliação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH 1992-2002),* Maputo: MISAU , OMS e UNDP.

- Fernando, J.; Brito, F.; Corea, A.; Ngove, T.; (2005). *Relatório do Estudo Sobre o Grau de Satisfação dos Utentes do Hospital Provincial de Tete, Hospital Provincial de Tete,* Direcção Provincial de Saúde de Tete, Tete.

- Ferrinho, P.; Omar, C.; (2006). *The Human Resources for Health Situation in Mozambique. Africa Region Human Development Working Paper Series No. 91.* The World Bank, Africa Region.

- Ferruccio, V.; (2006). *Management of expatriate medical assistance in Mozambique.* Human Resources for Health 4:26 doi:10.1186/1478-4491-4-26.

- Fundo Monetário Internacional (FMI), (2008). Data and Statistics. http://www.imf.org/external/data.htm
  Acedido a 10 de Novembro de 2008.

- Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MISAU), (2004). *Inquérito Demográfico de Saúde 2003*, INE, MISAU, Maputo.

- Instituto Nacional de Estatística (INE), (2004). *Inquérito aos Agregados Familiares sobre Orçamento Familiar. Relatório Final,* INE, Maputo.

- Instituto Nacional de Estatística (INE), (2008). *Censo de 1997*, Moçambique. http://www.ine.gov.mz/
  Acedido a 10 Novembro de 2008.

- Instituto Nacional de Estatística (INE), (2008). *Censo de 2007,* Moçambique. http://www.ine.gov.mz/
  Acedido a 10 Novembro de 2008.

- Instituto de Higiene e Medicina Tropical, (2008). *Recursos Humanos da Saúde em Moçambique: Subsídios para um Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2009 – 2015,* IHMT, Lisboa.

- International Labour Organization, (2004). *Moçambique: o impacto do HIV/SIDA em recursos humanos,* ILO/AIDS, Maputo.

- Lake, S., (2004). GFATM tracking study: *Macroeconomics and sector background paper, Mozambique,* LSHTM, London.

- Mbofana, F.; Sidat, M.; Abacassamo, F.; Matavel, O.; Chilundo, B.; (2008). *Inquérito Sobre O Grau De Satisfação Dos Utentes Dos Serviços De Saúde Públicos Na Província De Tete*, MISAU, Universidade Eduardo Mondlane, Institute of Tropical Medicine of Antwerp, Maputo.

- Ministério da Saúde (MISAU), (2004). *Impacto Demográfico da Epidemia do HIV/SIDA nos Recursos Humanos do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique,* Programa Nacional de Controlo das DTS/SIDA, Maputo.

- Direcção de Administração e Gestão, (2005). *Relatório e Contas da Execução Orçamental e Financeira do Exercício 2004,* Ministério da Saúde (MISAU), Maputo.

- Ministério da Saúde (MISAU), (2005). *Proposta do Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde para 2006-2010,* Maputo.

- Ministério da Saúde (MISAU), (2008). *Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde para 2008-2015,* Maputo.

- Newman, R. D.; Gloyd, S.; Nyangezi, J. M.; Machobo, F.; Muiser, J.; (1998). *Satisfaction with outpatient health care services in Manica Province, Mozambique. Health Policy Plan;* 13(2):174-80.

- Pfeiffer, J., (2003). *International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. Soc Sci Med.;* 56(4): 725-38.

- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), (2007). *Relatório Nacional do Desenvolvimento Humano de Moçambique 2007: Desafios e Oportunidades – A resposta ao HIV e SIDA, P*NUD, Maputo.

- Schwalbach, J.; Abdual, M.; Adam, Y.; Khan, Z.; (2000). *Good Samaritan or exploiter of illness? Coping strategies of Mozambican health care providers.* pp 111-134 in Ferrinho, P.; Van Lerberghe, W. (editors). *Providing health care under adverse conditions: Health personnel performance & individual coping strategies. Studies in HSO&P,* 16. ITG Press, Antwerp.

- Tyrrell, A.; (2008). *Estimativa de Custos do Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde de Moçambique 2008-2015*, Liverpool Associates in Tropical Health (LATH), Liverpool.

- United Nations Development Program (UNDP), (2007). *Human Development Report 2007/2008. Fighting climate change: Human solidarity in a divided world,* UNDP, New York.

- Vaz, F.; Bergstrom, S.; Vaz Mda, L.; Langa, J.; Bugalho, A.; (1999). *Training medical assistants for surgery,* Bull World Health Organ; 77(8): 688-91.

- World Health Organization (WHO), (2006). *The world health report 2006: working together for health,* WHO, Geneva.

- World Health Organization (WHO), (2008). *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva.

- World Health Organization (WHO), (2008). *WHO Statistical Information System (WHOSIS)*. http://www.who.int/whosis/en/ Acedido a 10 de Novembro de 2008.

- World Bank, The International Bank for Reconstruction and Development, (2008). *Africa Development Indicators: 2007,* Washington, D.C.

- World Bank, (2008). *Data statistics: Mozambique.* www.worldbank.org Acedido a 10 de Novembro de 2008.

- Yates, R.; Zorzi, N.; (1999). *Health Expenditure Review Mozambique,* International Development (USAID) Under Cooperative Agreement CCP-3055-A-00-5000-00.

8. Anexo

Listagem de todos os indicadores relacionados com os RHS, definidos para a elaboração da monografia, com indicação de ter sido ou não encontrada informação (✕ – dados inexistentes; ✓– dados existentes).

Ponto de Situação para MOÇAMBIQUE
Quadros

Quadro 30 – ALGUNS INDICADORES MACROECONÓMICOS

INDICADORES MACROECONÓMICOS		VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Número de habitantes		16 099 246	1997	INE, censo de 1997	20 520 714	2007	INE, censo de 2007
Taxa de crescimento populacional anual (%)		2,3	1997	INE, censo de 1997	2,4	2007	INE, censo de 2007
Esperança média de vida (anos)		45	2000	Banco Mundial, 2008	42	2000	Banco Mundial, 2008
Distribuição geográfica da população (população urbanizada) (%)		8,7	1975	PNUD, 2008	34,5	2005	PNUD, 2008
Principais sectores de actividade (% do PIB)	Sector Primário (Agricultura)	24,7 (24,7)	2000	PNUD, 2007	25,9 (25,9)	2006	PNUD, 2007
	Sector Secundário (Indústria)	21,4 (13,0)			27,0 (12,6)		
	Sector Terciário (Comércio)	35,7 (21,4)			48,3 (21,6)		
Produto Interno Bruto (em biliões de USD)		4,333	1998	FMI, 2008	8,069	2007	FMI, 2008
Produto Interno Bruto per capita PPP (USD)		433	1998	FMI, 2008	843	2007	FMI, 2008
Crescimento anual do PIB (%)		1,1	2000	Banco Mundial, 2008	7,0	2007	Banco Mundial, 2008
Percentagem da população que vive com menos de 2 USD por dia		78,4	1996 / 1997	INE, 2004	59,2	2002/3	INE, 2004
Percentagem da população que vive com menos de 1 USD por dia		37,9	1996 / 1997	INE, 2004	20,3	2002/3	INE, 2004
Percentagem do PIB gasto com a educação		ND	-	-	3,7	2002/5	PNUD, 2007/2008
Taxa de escolarização primária nacional		43	1991	PNUD, 2007/2008	77	2005	PNUD, 2007/2008
Percentagem do PIB gasto com a saúde		4,0	1998	WHO, 2008	4,7	2006	OMS, 2008
Proporção dos gastos com a saúde provenientes de tarifas e taxas (%)		28 (total de OGE = 36)	1997	Lake S, (LSHTM), 2004	29 (total de OGE = 46)	2000	Lake S (LSHTM), 2004
Proporção do orçamento da saúde na despesa pública (%)		9	2000	PNUD, 2007	11	2004	PNUD, 2007
Proporção do orçamento dos RHS no orçamento público de saúde (%)		47	2003	Tyrrell A, 2008	45	2006	Tyrrell A, 2008

Legenda: INE: Instituto Nacional de Estatística (Moçambique); PNUD: United Nations Development Program; PIB: Produto Interno Bruto; RHS: Recursos Humanos da Saúde; OGE: Orçamento Geral de Estado.

Quadro 31 – EVOLUÇÃO TEMPORAL DE ALGUNS INDICADORES DA SAÚDE RELACIONADOS COM OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO (ODM)

	INDICADOR	VALOR	ANO	VALOR	ANO
ODM4	Taxa de Mortalidade em crianças com ≤ 5 anos (1 000)	235	1990	145	2006
	Taxa de mortalidade infantil (por 1 000 nados vivos)	158		100	
	Taxa de cobertura vacinal, sarampo (% de crianças com idade compreendidas entre 12 e 23 meses)	59		77	
ODM5	Redução da mortalidade materna (por 100 000 nados vivos)	980	1995	408	2003
	Partos assistidos por profissionais da saúde qualificados (% do total)	44	1997	48	2003
ODM6	Prevalência de HIV (% de indivíduos com idades entre os 15 e 49 anos)	13	2002	16,2	2004
	Mortalidade por malária (por 100 000 pessoas)	232	2000	ND	-
	Incidência da tuberculose (por 100 000 pessoas)	379,1	1999	447,3	2005
	Casos de tuberculose detectados sob DOT (% de casos estimados)	46,0		48,7	

Fonte: World Bank / The International Bank for Reconstruction and Development, (2008). Africa Development Indicators: 2007, Washington, D.C., USA.

Quadro 32 – DADOS COMPARATIVOS PARA ALGUNS INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE, 2004

PAÍSES	MÉDICOS / 1 000 HABITANTES	ENFERMEIROS / 1 000 HABITANTES	PARTEIRAS / 1 000 HABITANTES	PESSOAL DE FARMÁCIA / 1 000 HABITANTES
Moçambique	0,03	0,21	0,12	0,03
Malawi	0,02	0,59	-	-
Zâmbia	0,12	1,74	0,27	0,10
Zimbabué	0,16	0,72	-	0,07
Botsuana	0,40	2,65	-	0,19
África do Sul	0,77	4,08	-	0,28

Quadro 33 – EVOLUÇÃO DE ALGUNS INDICADORES DE DENSIDADE DOS RHS EM MOÇAMBIQUE

INDICADORES MACROECONÓMICOS	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Número de médicos por 10 000 habitantes	0,30	2004	OMS, 2006	0,44	2006	MISAU, 2008
Número de enfermeiros por 10 000 habitantes	2,1	2004		2,20		
Número de técnicos de laboratório por 10 000 habitantes	ND	-	-	0,43		
Número de pessoal de farmácia por 10 000 habitantes	ND	-	-	0,41		
Número do pessoal de saúde pública e medicina preventiva	ND	-	-	0,41		

Quadro 34 – EVOLUÇÃO DE ALGUNS INDICADORES DE DENSIDADE PARA AVALIAR AS ASSIMETRIAS

INDICADORES MACROECONÓMICOS	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de RHS por região (Zona Norte vs Zona Sul)	1,6	2002	Ferrinho P & Omar C, 2008	1,7	2006	MISAU,2008
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de RHS por região (província com maior densidade vs província com menor)	2,5	2002		3,8	2007	
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de médicos por região (província com maior densidade vs outra com menor)	18,6	2002		23,5	2007	
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de enfermeiros por região (província com maior densidade vs outra com menor)	ND	-		3,6	2007	
Rácio de homens para mulheres por categoria de RHS	1,2	2002		ND	-	
Rácio de enfermeiros para médicos	8,5	2002		5,0	2006	
Percentagem de médicos do sexo masculino	55,3	2006	Ferrinho P, Martins J (2008)	-	-	-
Percentagem de enfermeiros do sexo masculino	61,0	2006		-	-	-
Percentagem de médicos com mais de 50 anos de idade	17,5	2006		-	-	-
Percentagem de enfermeiros (gerais) com mais de 50 anos de idade	20,1	2006		-	-	-
Percentagem de pessoal não qualificado (áreas comuns)	30,6	2006		-	-	-
Percentagem de pessoal qualificado (área específica da saúde)	50,8	2006		-	-	-

Quadro 35 – ALGUNS INDICADORES DE DESEMPENHO DOS RHS

INDICADORES MACROECONÓMICOS	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Orçamento anual para os RHS / total do orçamento anual para a saúde (%)	46	1997	Ferrinho & Omar, 2005	45	2006	MISAU, 2008
Total de gastos com RHS per capita (em USD)	6	1995	OMS, 2008	17	2006	WHO, 2008

Quadro 36 – PERDAS DO PESSOAL DE SAÚDE POR CAUSA ENTRE 1999 E 2006

CAUSA	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Expulsão	17	23	15	24	2	12	20	19
Demissão	16	13	7	10	4	15	22	19
Aposentação	79	68	84	120	30	41	63	7
Exoneração	12	4	2	4	6	4	8	4
Óbitos	70	118	121	110	194	211	206	140
Licenças	-	-	-	-	-	-	40	94
Total	194	226	229	268	236	283	359	283

Quadro 37 – INDICADORES RELACIONADOS COM O FINANCIAMENTO DO RHS

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Percentagem do PIB gasto com a saúde	4,0	1998	OMS, 2008	4,7	2006	OMS, 2008
Despesa total de saúde per capita em PPP	27,0	1998	OMS, 2008	56,0	2006	OMS, 2008

Quadro 38 – INDICADORES DE EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO DOS RHS

INDICADOR		VALOR	ANO	FONTE
Percentagem de alunos a frequentar o ensino secundário		14%	2005	World Bank, 2008
Custo médio da educação por formação de cada categoria de RHS (em USD) (cursos superiores não incluídos)	Nível Básico (18 meses)	3,678	2006	MISAU,2008
	Nível Básico (20 meses)	4,312		
	Nível Médio-Inicial	8,623		
	Nível Médio-Promoção	3,043		
	Nível Médio-Avançado	2,963		
Número de faculdades ou escolas de medicina		3	2008	-
Número de graduados de medicina		935	2005	
Número de faculdades ou escolas de enfermagem		1	2008	
Número de graduados de enfermagem		128	2005	
Número de faculdades ou escolas de farmácia		1	2008	
Número de graduados de farmácia		120	2005	
Número de faculdades ou escolas de técnicos de medicina		1	2008	
Número de graduados de técnicos de medicina		26	2005	
Número de faculdades ou escolas de técnicos de laboratório		1	2008	

Quadro 39 – SAÍDAS DA REDE DE FORMAÇÃO (INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO SUBORDINADAS AO MISAU)

Nível de Formação	2000	2002	2006
Elementar	254	85	-
Básico	335	483	592
Médio	111	368	739

Quadro 40 – INDICADORES DO CONTEXTO DO SECTOR PÚBLICO / ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E PELA ORIENTAÇÃO (*STEWARDSHIP*) DOS RHS.

INDICADOR	VALOR	NOTAS
Escolha sobre o salário (pouca, moderada, elevada)[81]	Pouca	A política salarial é fixada em conformidade com o Orçamento do Estado (OE) elaborado, anualmente, pelo Governo de Moçambique, de acordo com um enquadramento legal claramente definido e na base do Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP), realizado pelo Ministério das Finanças.
Capacidade para contratar (baixa, média, elevada)	Baixa-média	O MISAU é o maior captador dos RHS que entram no mercado de trabalho, mas nos últimos anos os sectores privado lucrativo e não lucrativo (ONGs) têm vindo a oferecer melhores salários e, por isso, gradualmente vindo a empregar cada vez mais RHS.
Capacidade para dispensar (baixa, média, elevada)	Altamente dependente do nível central	Tal como a colocação / nomeação, a dispensa também depende do MISAU (com alguma autonomia ao nível provincial e distrital).
Autonomia sobre mapas de pessoal e distribuição de pessoal a nível institucional (baixa, média, elevada)	Altamente dependente do nível central	A distribuição do pessoal recém-graduado entre as Províncias é feita, em geral, pelo nível central (MISAU), com critérios incrementalistas, aumentando o orçamento para as despesas com o pessoal, com pouca atenção para as desigualdades e necessidades específicas de cada província. A colocação do pessoal nos distritos é feita pelos departamentos provinciais de Recursos Humanos com soluções ad hoc, procurando substituir os técnicos que saem por transferência, aposentação ou outro motivo.
Autonomia sobre recrutamento (baixa, média, elevada)	Altamente dependente do nível central	Após a sua formação, o quadro técnico necessita de seguir diversos procedimentos para ser nomeado, que envolvem o nível central e o provincial e diferentes entidades internas e externas ao MISAU (externas: Direcção Provincial de Apoio e Controlo, Gabinete do Governador, Direcção Provincial de Plano e Finanças, Tribunal Administrativo), com mais de 10 estações de trânsito do expediente e a possibilidade de bloqueios em cada etapa. O processo de nomeação dos técnicos de nível elementar, básico e médio é de competência das DPS; os quadros superiores são nomeados pelo nível central.
Autonomia sobre transferências (baixa, média, elevada)	Altamente dependente do nível central e provincial	As transferências estão, por um lado, sob responsabilidade do nível central (quadros superiores) e, por outro, do nível Provincial (colocação de e para os distritos e movimentação dos RHS ao nível da província (quadros básicos, médios e superiores).
Autonomia sobre promoções (baixa, média, elevada)	Altamente dependente do MISAU e da disponibilidade financeira (MPF)	Os profissionais podem evoluir, na sua carreira, por promoção ou por progressão. A progressão faz-se por mudança de escalão, dentro da respectiva faixa salarial. Alguns requisitos para promoção ou progressão incluem: tempo mínimo de 3 anos completos de serviço efectivo na classe ou categoria em que está enquadrado; desempenho com classificação de serviço não inferior a regular; existência de disponibilidade orçamental.

[81] Capacidade de negociação do salário

(O Quadro 40 segue na página ao lado)

INDICADOR	VALOR	NOTAS
Autonomia sobre alocação de recursos (% de despesa local autorizada por autoridade superior)	Dependente do MPF, MISAU, Governo Provincial	Dependente dos MPF, MISAU e Governos Provinciais. Muitos recém-graduados ficam sem trabalhar, durante longos períodos, devido à morosidade dos trâmites administrativos (em boa parte controlados por instituições externas ao MISAU), à fragilidade do sistema de gestão e aos limites orçamentais estabelecidos pelo Ministério de Plano e Finanças. O apoio da Cooperação Internacional (Fundo PROSAÚDE), permitiu reter boa parte dos quadros dentro do SNS.
Existência de iniciativas alargadas do sector público relativamente aos RHS	Várias iniciativas que apoiam os RHS do país	Várias iniciativas implementadas. Salienta-se que a que é comum para os diferentes níveis (Central, Provincial e Distrital) é o Fundo PROSAÚDE (com uma percentagem substancial de fundos alocada anualmente para cobrir o pagamento das remunerações e subsídios dos RHS).
Percentagem do orçamento destinado à gestão dos RHS	Variável ao longo do tempo	A evolução das despesas com RHS com recursos do Orçamento do Estado mostrou um crescimento real no fim da década de 90. Entre 2001 e 2004, o aumento real (6%) foi inferior ao aumento do pessoal absorvido no Aparelho de Estado (10%, com base no DRH/SIP). A participação do fundo de salários nas despesas correntes do MISAU foi de 46%, em 1997; 35% em 2001; de 44% em 2004 e de 42% em 2005.
Número de gestores de RHS de alto nível a tempo inteiro	ND	Há um esforço, da parte do MISAU, de gradualmente colocar gestores de RHS com nível superior e a tempo inteiro, particularmente ao nível das DPS (ao nível central são já de nível superior e a tempo inteiro).
Rácio de gestores centrais para gestores regionais	ND	Não há informação disponível sobre este assunto.
Existência de plano de gestão de RHS (Sim / Não)	Sim	Foi recentemente aprovado pelo Ministro da Saúde de Moçambique o PNDRHS 2008-2015. Mas já houve planos similares anteriores (o primeiro elaborado para 1992-2002).
Percentagem de pessoal que recebeu formação em gestão no último ano	ND	Não há informação disponível sobre este assunto. Mas existe um Plano Estratégico para Reforma e Modernização Administrativa do MISAU (PERMAS) que visa substituir progressivamente os médicos e enfermeiros nos seus cargos de gestão não clínica por gestores profissionais com formação universitária.
Registo dos prestadores privados actualizado e correcto (Sim / Não)	Não	O registo dos prestadores privados é um processo que envolve várias entidades e não existe actualmente qualquer sistema que recolha de forma sistematizada as informações sobre o tema.
Número de modelos de contratação permitidos	Bem definido	Os modelos de contratação permitidos no Aparelho de Estado estão legislados e claramente definidos.
Número de categorias de profissionais de saúde do sector público com autorização para trabalhar pelo menos em part-time no sector privado	Possível para todas as categorias de RHS	Todos os profissionais em serviço no SNS podem requerer autorização para trabalhar em regime de part-time no sector privado. O trabalho em part-time é, no entanto, permitido apenas fora do período normal de trabalho no sector público.

Quadro 41 – INDICADORES DE GESTÃO

INDICADOR	VALOR
Ficheiros com registos da história do empregado (Sim / Não).	S
Directrizes para consultar os ficheiros pessoais (Sim / Não).	S
Manual de ajuda à administração de pessoal (Sim / Não)	S
Directrizes de avaliação de desempenho documentadas e acessíveis (Sim / Não).	S
Sistema de classificação de carreiras que identifica claramente os tipos de funções e a progressão na carreira (Sim / Não).	S
Directrizes para formulários e procedimentos para aprovação de recrutamentos, promoções e transferências (Sim / Não).	S
Directrizes para formulários e procedimentos disciplinares, queixas e cessações.	S
Verificação dos registos relativos a recrutamentos, promoções e transferência com os postos autorizados, os orçamentos anuais e os fundos disponíveis (Sim / Não).	S
Número de vezes por ano que o sistema de gestão fornece informação sobre os indicadores.	ND
Percentagem de instituições que utilizam formulários de indicadores para reportarem a monitorização e avaliação (por exemplo, registos de morbilidade).	ND
Percentagem de instituições que apresentam notificações de doença como estabelecido.	ND

Quadro 42 – INDICADORES REFERENTES AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E OUTROS ESPECÍFICOS DOS SIRHS

INDICADOR	GRAU DE ADEQUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
O país tem legislação adequada que fornece uma estrutura para a informação em saúde.	Adequado	Existe, cobre alguns aspectos e é aplicada.
O Ministério da Saúde possui capacidade em áreas chave das ciências da informação (epidemiologia, demografia, estatística, informação e tratamento e comunicação de informação).	Parcialmente Adequado	Existe capacidade em áreas chave das ciências da informação, ao nível do Ministério da Saúde. Contudo, essa capacidade é insuficiente para responder às reais necessidades nessa área no MISAU.
Existe uma unidade administrativa funcional central no Ministério da Saúde que concebe, desenvolve e apoia a colheita, gestão, análise, disseminação e utilização de informação em saúde, incluindo a informação sobre RHS.	Existe, mas não é adequada	A unidade tem uma capacidade funcional muito limitada e realiza poucas actividades de fortalecimento dos sistemas de informação.
No ano anterior foram desenvolvidas actividades de capacitação para o pessoal do sistema de informação em RHS, quer a nível nacional quer a nível regional.	As actividades de capacitação realizam-se de forma mais ou menos regular, mas não são ainda adequadas para responder às necessidades do país	As actividades de capacitação realizam-se tanto ao nível central como regional e provincial, mas muitas vezes dependentes da disponibilidade dos financiamentos dos parceiros; ainda não estão adequadas às necessidades do país.
Assistência disponível, a nível nacional e regional, para a concepção, gestão e apoio de bases de dados e software.	Disponível, mas não é adequada	Limitada; não responde às necessidades de assistência e apoio.
Estão disponíveis materiais (formulários, lápis, papel e outros) necessários ao registo da informação.	Adequado	Ocasionalmente, existe ruptura de stocks dos materiais; de um modo geral não afecta o registo da informação.

(O Quadro 42 segue na página ao lado)

INDICADOR	GRAU DE ADEQUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Estão disponíveis computadores a nível nacional, regional e distrital de modo a permitir a compilação da informação.	Disponível, mas não é adequado uma vez que não é abrangente a todos os Distritos do país	De um modo geral, apenas os serviços regionais relevantes e a maioria dos serviços nacionais têm computadores para este fim; alguns distritos têm disponíveis computadores para esse fim.
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (telefone) a nível nacional, regional e distrital.	Adequado, mas o tipo de meios de comunicação disponíveis pode ser variável, particularmente ao nível dos distritos	Existe a nível nacional, em mais de 50% das regiões, contudo os tipos dos meios de comunicação disponíveis podem variar (em muitos distritos ainda não há telefone).
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (acesso a internet e e-mail) a nível nacional, regional e distrital.	Existe mas não é adequado	Existe a nível nacional mas em menos de 50% das regiões e distritos.
Existe uma base de dados dos RHS que monitoriza o número de profissionais de saúde nas principais categorias profissionais que trabalham quer no sector público quer no privado.	Existe e pode considerar-se adequado para o sector público	A base de dados nacional dos RHS monitoriza as diferentes categorias profissionais, mas apenas no sector público.
Existe uma base de dados nacional que monitoriza o número de graduações por ano de todas as instituições de formação na área da saúde.	Não existe	A principal razão para a ausência de informação pode estar no facto de nem todas as instituições de formação na área da saúde estarem sob alçada do Ministério da Saúde: a maioria responde ao Ministério da Educação.
Recursos humanos para manter e actualizar a base de dados nacional dos RHS.	Existe mas não é adequado	A avaliar pela magnitude das actividades a desenvolver pode considerar-se que os recursos humanos existentes são insuficientes.
Período de tempo desde a última actualização da base de dados.	Há menos de 1 ano	A base de dados começou a ser actualizada em 2008, com introdução de algumas inovações tecnológicas.
Existe um procedimento escrito para a gestão dos dados que inclui a colheita, preservação, limpeza, controlo de qualidade, análise e apresentação dos dados, implementado em todo o país.	Sim, existem procedimentos escritos mas estão apenas parcialmente implementados	A implementação é ainda parcial, uma vez que há ainda lacunas com relação algumas Direcções Provinciais e Distritais.

Nota: Tabela preenchida com base nas informações obtidas por entrevistas e observações durante o trabalho de recolha de subsídios para a preparação do PNDRHS 2008-2015.

Quadro 43 – ANÁLISE "SWOT" DO SIRHS EM MOÇAMBIQUE

Forças	Ameaças
• Procura, cada vez mais, alargar o seu âmbito, integrando toda a força de trabalho ao serviço do Ministério da Saúde; • Os seus objectivos incluem, nomeadamente, a "recolha, tratamento, divulgação de dados nominativos e estatísticos, indicadores de gestão sobre a função pública através de relatórios e consultas que atendem as diferentes necessidades dos níveis hierárquicos", vertentes que, não tendo sido até ao presente integralmente cumpridas na sua globalidade, lhe permitem uma maior expansão.	• Dadas as limitações e insuficiências que o têm caracterizado, o MISAU / DRH / DPS tem vindo a elaborar um sistema de informação próprio sobre um conjunto de variáveis relativas aos RHS, que é actualizado de forma contínua, abrangendo também o pessoal que não integra os quadros dos serviços; • Por inexistência de uma articulação adequada, seja com o SIP de outros ministérios ou com o Ministério da Administração Central, não tem sido possível recolher dados sobre os efectivos que trabalham na área da saúde em outros ministérios (Ministério da Justiça, Ministério do Interior e Ministério da Defesa), cuja informação é relevante para começar a conhecer-se a totalidade da força de trabalho existente na área; • A continuação da falta de fiabilidade da informação e o facto de não ser exaustiva, poderá provocar a criação de um sistema de informação próprio pelo MISAU, na área dos RH e que, simultaneamente deixe de assegurar a melhoria do SIP, do ponto de vista da abrangência e qualidade dos dados; • A não integração das bases de dados do SIP com as bases de dados de outras áreas, como sejam a formação inicial e contínua e, também, com informação relativa à produção das US, de modo a possibilitar a avaliação da sua eficiência, reduz a sua funcionalidade.
Oportunidades	**Fraquezas**
• Conhecendo-se, em profundidade, as insuficiências do SIP, será possível implementar mais facilmente mecanismos que permitam melhorar a sua eficiência; • O recenseamento, recentemente concluído, dos funcionários e agentes do estado, e a adopção de novos mecanismos de cadastro dos mesmos poderão colmatar as lacunas do SIP, ao proceder à recolha obrigatória de um leque considerável de variáveis consideradas fundamentais para a gestão dos RH; • A generalização dos processos informáticos e o seu alargamento às várias estruturas, poderão constituir um incentivo para um alargamento do sistema a um maior número de instituições, garantindo também uma maior actualização e segurança da informação e possibilitando a reconstrução de um sistema de informação mais rigoroso.	• A persistência da disparidade de dados, por parte do SIP e do Ministério das Finanças, pelas razões conhecidas, continua a enfraquecer a credibilidade do sistema; • Não reflecte a realidade da força de trabalho no sector da saúde, uma vez que não integra os efectivos que não fazem parte dos quadros; • Continua a integrar efectivos que aguardam durante longos períodos o processo de passagem à condição de reforma; • Omissão de dados sobre porções importantes de efectivos, como sejam o pessoal de origem estrangeira, fundamentalmente médicos, remunerados ou não pelo Orçamento de Estado; • Excessivamente burocrático, tornando demasiado complexas e morosas todas as fases do processo conducentes ao vínculo de um funcionário, assim como na actualização dos processos dos funcionários, sejam em resultado de quaisquer movimentações ou de alterações nos seus registos biográficos; • Dadas as várias insuficiências, não é ainda utilizado como ferramenta insubstituível de gestão dos RHS.

Fonte: Anexo III, Subsídios para o PNDRHS 2008-2015, MISAU, 2008

8.
Anexo

Listagem de todos os indicadores relacionados com os RHS, definidos para a elaboração da monografia, com indicação de ter sido ou não encontrada informação (✕ – dados inexistentes; ✓– dados existentes).

INDICADOR	DADOS
Percentagem do PIB gasto com a saúde	✓
Proporção dos gastos com a saúde provenientes de tarifas e taxas	✓
Proporção do orçamento da saúde na despesa pública	✓
Proporção do orçamento dos RHS no orçamento público de saúde	✓
Número de médicos por 10 000 habitantes	✓
Número de enfermeiros por 10 000 habitantes	✓
Número de parteiras por 1 000 habitantes	✓
Número de técnicos de laboratório por 10 000 habitantes	✓
Número de pessoal de saúde pública e medicina preventiva por 10 000 habitantes	✓
Número de técnicos de farmácia por 10 000 habitantes	✓
Número de outras categorias de RHS por 10 000 habitantes	✓
Rácio de densidade de médicos mais elevada por densidade mais baixa por região	✓
Rácio de densidade de enfermeiros mais elevada por densidade mais baixa por região	✓
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de outros RHS por região	✓
Rácio de homens para mulheres por categoria de RHS	✓
Rácio de enfermeiros para médicos	✓
Rácio de RHS não qualificados para qualificados	✓
Rácio de prestadores públicos para prestadores privados por categoria de RHS	✕
Orçamento anual para os RHS / total do orçamento anual para a saúde	✓
Número de RHS por categoria / orçamento anual para os RHS dessa categoria	✕
Total de gastos com RHS per capita	✓
Rendimentos anuais médios por categoria de RHS	✕
Demora média hospitalar	✕
Número Médio de vacinas administradas por dia por número de pessoal de saúde	✕
Número de atendimentos em cuidados de saúde primários por total de pessoal	✕
Rupturas de stock de medicamentos essenciais	✕
Número de infecções cruzadas por número de doentes hospitalares	✕
Nível médio salarial por categoria de RHS	✕
Número de candidatos por vagas por categoria de RHS	✕
Estimativa do número de candidatos	✕
Percentagem de emigração por categoria de RHS	✕
Percentagem de imigração por categoria de RHS	✕

INDICADOR	DATA
Taxa média de mortes por VIH/SIDA por categoria de RHS	×
Proporção de médicos que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde	×
Proporção de outras categorias de RHS que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde	×
Taxa de absentismo dos RHS	×
Número médio de horas de trabalho por semana por categoria de RHS	×
Opiniões sobre se a motivação é, ou não, um problema	×
Nível médio salarial por categoria de RHS	×
Rácio dos níveis salariais dos RHS para profissões comparáveis	×
Salário médio nas áreas rurais para salário médio nas áreas urbanas por categoria de RHS	×
Rácio dos níveis salariais médios dos homens para níveis salariais médios das mulheres dos RHS	×
Nível salarial como proporção da despesa governamental corrente	×
Despesa com a saúde em proporção do PIB	✓
Despesa total de saúde per capita em PPP	✓
Nível salarial dos RHS em comparação com o PIB per capita	×
Fornecimento de produtos farmacêuticos	×
Fornecimento de material cirúrgico	×
Tecnologias cirúrgicas	×
Profilaxia pós-exposição ao VIH	×
Luvas de boa qualidade	×
Agulhas e bisturis de boa qualidade	×
Existência de sub-especializações	×
Oportunidades de formação contínua	×
Benefícios de reforma	×
Cuidados às crianças	×
Seguro de saúde	×
Seguro de Acidentes	×
Aconselhamento psicológico para os trabalhadores da saúde	×
Grupos de apoio de pares	×
Instalações	×
Equipamento de laboratório	×
Imagiologia	×
Percentagem de alunos a frequentar o ensino secundário	✓
Percentagem de alunos que terminaram o ensino secundário	×
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas médicas	×
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de saúde pública	×

INDICADOR	DATA
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de ciências farmacêuticas	✕
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de enfermagem e enfermagem obstétrica	✕
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas paramédicas ou escolas técnicas de saúde	✕
Proporção de graduados do ensino intermédio (pré-secundário) que se candidataram a escolas de enfermagem e enfermagem obstétrica	✕
Proporção de graduados do ensino intermédio (pré-secundário) que se candidataram a escolas paramédicas ou escolas técnicas de saúde	✕
Proporção de graduados do ensino intermédio e secundário que tiveram acesso a informação e campanhas de promoção dos RHS	✕
Custo médio da educação por formação de cada categoria de RHS	✓
Custo médio anual da educação por formação de enfermeiros gerais	✓
Custo médio anual da educação por formação de tecnologias da saúde	✓
Proporção de candidatos (total e por categoria) aceite numa instituição de formação de RHS específica	✕
Proporção de candidatos que aceitaram um lugar numa instituição de formação de RHS	✕
Proporção de alunos que terminaram a formação de RHS	✓
Proporção de graduados que entraram no sector da saúde	✕
Densidade regional de graduados (da mais elevada para a mais baixa)	✕
Proporção de RHS do sexo feminino	✕
Missão das instituições de RHS – Incluem declaração sobre a disponibilidade necessária à prestação de cuidados de saúde, sobre a necessidade futura de formação, a responsabilidade social, a investigação e envolvimento comunitário	✕
Participação dos alunos nos cuidados aos doentes (em número de horas semanais gastas com cuidados a pacientes)	✕
Proporção de cursos (disciplinas) dedicados às doenças prioritárias do país	✕
Capacidade de admitir alunos relativamente à capacidade da instituição de formação de RHS em todos os níveis de educação;	✕
Política de admissões	✕
Mecanismos de actualização das competências dos professores	✕
Tamanho médio das turmas	✕
Número de computadores por aluno	✕
Número de computadores com acesso à internet por aluno (indicar a velocidade de banda) ND	✕
Envolvimento dos parceiros na avaliação dos programas	✕
Definição das estruturas de governação das instituições de formação – Reflectem a representação do pessoal académico, estudantes e outros parceiros	✕
Linhas claras de responsabilidade e autoridade no *curriculum* e orçamento	✕
Mecanismos de revisão regular da formação dos RHS	✕
Actualização e desenvolvimento profissional contínuo	✕
Acesso a informação em saúde actualizada e relevante (referir se existe, quais os locais e como se podem actualizar os profissionais)	✕
Número de horas por semana que o profissional utiliza com sua própria capacitação/ formação	✕

INDICADOR	DATA
Participação em discussões de grupo ou redes (indicar a frequência e o tipo – electrónicas ou presenciais)	✕
Escolha sobre o salário (pouca, moderada, elevada)	✓
Capacidade para contratar (baixa, média, elevada)	✓
Capacidade para dispensar (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre mapas de pessoal e distribuição de pessoal a nível institucional (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre recrutamento (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre transferências (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre promoções (baixa, média, elevada)	✓
Autonomia sobre alocação de recursos (% de despesa local autorizada por autoridade superior)	✓
Existência de iniciativas alargadas do sector público relativamente aos RHS	✓
Percentagem do orçamento destinado à gestão dos RHS	✓
Número de gestores de RHS de alto nível a tempo inteiro	✓
Rácio de gestores centrais para gestores regionais	✓
Existência de plano de gestão de RHS (Sim / Não)	✓
Percentagem de pessoal que recebeu formação em gestão no último ano	✓
Registo dos prestadores privados actualizado e correcto (Sim / Não)	✓
Número de modelos de contratação permitidos	✓
Número de categorias de profissionais de saúde do sector público com autorização para trabalhar pelo menos em part-time no sector privado	✓
Ficheiros com registos da história do empregado (Sim / Não)	✓
Directrizes para consultar os ficheiros pessoais (Sim / Não)	✓
Manual de ajuda à administração de pessoal (Sim / Não)	✓
Directrizes de apreciação de desempenho documentadas e acessíveis (Sim / Não)	✓
Sistema de classificação de carreiras que identifica claramente os tipos de funções e a progressão na carreira (S/N)	✓
Directrizes para formulários e procedimentos para aprovação de recrutamentos, promoções e transferências (Sim / Não)	✓
Directrizes para formulários e procedimentos disciplinares, queixas e cessações	✓
Verificação dos registos relativos a recrutamentos, promoções e transferência com os postos autorizados, os orçamentos anuais e os fundos disponíveis (Sim / Não)	✓
Número de vezes por ano que o sistema de gestão fornece informação sobre os indicadores	✕
Percentagem de instituições que utilizam formulários de indicadores para reportarem a monitorização e avaliação (por exemplo, registos de morbilidade)	✕
Percentagem de instituições que apresentam notificações de doença como estabelecido	✕
Rupturas de stock de medicamentos essenciais	✕
Proporção de diferença entre os stocks com registo manual e o stock com registo informático	✕
Percentagem de instalações com instalações aceitáveis de armazenamento	✕
Número de horas efectivas de trabalho por número de horas de trabalho	✕

INDICADOR	DATA
Número e frequência de visitas de supervisão às unidades de saúde	×
Número anual de pessoas que deixam os empregos por pessoal nos postos + pessoal que saiu	×
Frequência ou número de reuniões de pessoal por ano	×
Percentagem de minutas por agendas de reuniões	×
Oferta regular de módulos de gestão (Sim / Não)	×
O país tem legislação adequada que fornece uma estrutura para a informação em saúde.	✓
O Ministério da Saúde possui capacidade em áreas chave das ciências da informação (epidemiologia, demografia, estatística, informação e tratamento e comunicação de informação)	✓
Existe uma unidade administrativa funcional central no Ministério da Saúde que concebe, desenvolve e apoia a colheita, gestão, análise, disseminação e utilização de informação em saúde, incluindo a informação sobre RHS	✓
No ano anterior foram desenvolvidas actividades de capacitação para o pessoal do sistema de informação em RHS quer a nível nacional quer a nível regional	✓
Assistência disponível, a nível nacional e regional, para a concepção, gestão e apoio a bases de dados e software	✓
Estão disponíveis materiais (formulários, lápis, papel e outros) necessários ao registo da informação	✓
Estão disponíveis computadores a nível nacional, regional e distrital de modo a permitir a compilação da informação	✓
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (telefone) a nível nacional, regional e distrital	✓
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (acesso a internet e e-mail) a nível nacional, regional e distrital	✓
Existe uma base de dados dos RHS que monitoriza o número de profissionais de saúde pelas principais categorias profissionais que trabalham quer no sector público quer no sector privado.	✓
Existe uma base de dados nacional que monitoriza o número de graduações por ano de todas as instituições de formação na área da saúde	✓
Recursos humanos para manter e actualizar a base de dados nacional dos RHS	✓
Período de tempo desde a última actualização da base de dados	✓
Existe um procedimento escrito para a gestão dos dados que inclui a colheita, preservação, limpeza, controlo de qualidade, análise e apresentação dos dados implementado em todo o país	✓

V.

Ponto de Situação para SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Fronteira I, Guerreiro C, Dussault G

1. Introdução

Situado no Golfo da Guiné, S. Tomé e Príncipe (STP) é um arquipélago constituído por duas ilhas principais: a Ilha de São Tomé, com uma área de 859 km² e a Ilha do Príncipe, com 142 km² de área; e por vários ilhéus. Segundo o Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH) em 2001, o país tinha cerca de 140 mil habitantes, sendo que em 1975 o número de habitantes rondava os 64 mil. A língua oficial do país é o português, falando-se também outros dialectos regionais.

Antiga colónia portuguesa, S. Tomé e Príncipe obteve independência em 12 de Julho de 1975 num processo pacífico, comparativamente a outros países que passaram pelo mesmo processo. Passou a denominar-se então República Democrática de S. Tomé e Príncipe e foi até 1991 regida por um partido único. Nesse ano foi institucionalizado o multipartidarismo, tendo sido empossados desde aí e até 2006, 13 governos. Registou-se um golpe de Estado em 2003, resolvido pacificamente numa semana.

Administrativamente, o país encontra-se dividido em duas províncias – São Tomé e Ilha do Príncipe. A Ilha de S. Tomé divide-se em 6 distritos: Água Grande, Mé Zochi, Cantagalo, Lobata, Lemba e Caué. Estas, juntamente com a Ilha do Príncipe, correspondem aos distritos sanitários.

Em 2005, a taxa anual de crescimento da população era de 1,6%. A população urbana representava 58% do total populacional (em 1975 era de 31,6%) (Human Development Report, 2008).

A população de STP é jovem, com cerca de 66,6% da população com idade inferior a 25 anos. As crianças menores de 1 ano representam cerca de 3,3%, as que têm menos de 5 anos são 15% da população total do país e o grupo etário dos 0-14 anos corresponde a 24,2% do total. A população com mais de 65 anos representa 4,5%, sendo que a população feminina representa 50,5% da população geral (OMS, 2005).

Dependendo fortemente da ajuda externa, até finais de 2002, a dívida externa de STP atingia os 310 milhões de dólares – equivalente ao sêxtuplo do PIB. Em 2004 a dívida externa era de aproximadamente 650 milhões de dólares, o que representava sensivelmente 185 % do PIB. A Ajuda Pública ao Desenvolvimento entre 1991 e 1998 foi, em média, cerca de 376 USD por habitante / ano – um montante sensivelmente igual ao PIB *per capita* (OMS, 2005).

Em 2005, o sector primário teve um peso de 21,8% no PIB (o cacau é o principal produto exportado), o sector secundário contribuiu com 18,6% e os serviços com 59% (sendo que a Administração Pública tem um contributo importante) (Banco Mundial 2005).

São Tomé e Príncipe integra o grupo dos Países Pobres Altamente Endividados. Em 2003 o país ocupou o 122° lugar no Índice de Desenvolvimento Humano do PNUD e em 2007 desce ao 123° lugar entre 177 países. Dados de 2001 (RGPH) ilustram que 15,1% da população vivia em pobreza extrema, 38,7% no limiar da pobreza e 53,8% em situação de pobreza.
Relativamente ao perfil sanitário, o país herdou uma estrutura complexa, muito direccionada à medicina curativa praticada nos Hospitais das Roças e nos serviços públicos de saúde do regime colonial. Com a independência, as estruturas existentes foram transformadas em unidades de referência na área respectiva, incorporando cuidados de saúde preventiva e de reabilitação.

No que se refere à **organização do Sistema de Serviços de Saúde**, este é constituído por uma estrutura piramidal de 2 níveis (OMS, 2005):

- Central – em que o MS assume a implementação da política sanitária;
- Distrital – em que o distrito sanitário se responsabiliza pela prestação de cuidados de saúde de base à população, sendo dirigido pelo delegado distrital de saúde. Integram os quadros os técnicos formados e Activistas Comunitários (AC). Este nível inclui Hospitais, Centros de Saúde, Postos Sanitários e Postos Comunitários.

O sector privado é, ainda, incipiente, não havendo qualquer controlo estatal.

Relativamente ao desenvolvimento do Sistema de Serviços de Saúde (SSS), salienta-se a sua reforma, cujo processo teve início em 1998, sendo que em 1999 foi formulado o documento Política Nacional de Saúde e em 2000 foi elaborada a Carta Sanitária e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), em que é dado ênfase à temática dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) (OMS, 2005). Embora não esteja a ser implementado como previsto, este documento serve de referência para a planificação e implementação de diversas intervenções e Programas de Saúde em curso (OMS, 2005). As linhas orientadoras do PNDS (OMS, 2005) são:

- Formulação de uma política de recursos humanos em saúde (RHS) que vise a formação e remuneração justa, de forma a garantir a motivação e a qualidade do desempenho dos mesmos;
- Introdução de alterações no perfil organizacional das instituições de saúde, no sentido de aumentar a coordenação efectiva dos vários níveis e a eficácia dos serviços;
- Descentralização e delegação das responsabilidades de gestão e prestação de cuidados, bem como a transferência de recursos para o nível distrital;
- Melhoria no financiamento da saúde, designadamente pela mobilização e alocação acrescida de recursos financeiros, variando as fontes internas e externas de financiamento, e ainda pela eliminação de desperdícios e maior eficiência na distribuição e aplicação de recursos financeiros.

O país conta com a Política e Plano Estratégico Nacional de Luta Contra o Paludismo (2000) e com a Política e Plano Estratégico

Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA (2003), estando ainda em curso a elaboração do Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose. De uma forma geral, estes planos procuram seguir uma estratégia de descentralização para o nível distrital e de um maior envolvimento das comunidades nas acções de prevenção e prestação de cuidados de saúde. No entanto, a escassez de recursos humanos, materiais e financeiros tem-se revelado um obstáculo ao sucesso das acções previstas. Regista-se, de resto, uma descoordenação entre os diferentes planos estratégicos, bem como entre os seus intervenientes internos e externos (OMS, 2005).

Em 2001, foi também introduzida a estratégia de Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI), encontrando-se actualmente a decorrer apenas nos dois distritos mais povoados (Mazochi e Água Grande) que correspondem, sensivelmente, a 70% da população infantil.

Tem-se verificado que o processo de implementação da Reforma do Sector da Saúde não tem tido o sucesso desejado, em muito devido à descontinuidade na condução política (mudanças de ministro responsável), à instabilidade institucional, à fraca coordenação intra e inter-sectorial e à falta de revisão e adequação da legislação e das estratégias e calendário propostos.

Constata-se a ausência de uma política de relacionamento e coordenação interna e externa entre o MS, as ONGs, o Sector Privado e as Agências Internacionais, resultando, por um lado, na duplicação desnecessária de actividades e, por outro, na falta de complementaridade entre as intervenções (OMS, 2005).

1.1
Ambiente macroeconómico

O **Quadro 45** apresenta alguns indicadores macroeconómicos de STP.

1.2
Padrões de morbilidade e mortalidade

Segundo a OMS (2005), o país não dispõe de um sistema operacional de informação e vigilância sanitária. No perfil epidemiológico do país predominam as doenças transmissíveis. Ainda de acordo com o mesmo documento, o estado de saúde da população santomense é altamente condicionado por comportamentos de risco – consumo abusivo de álcool, tabaco e drogas ilegais, práticas sexuais sem protecção – e pelo meio ambiente – falta de acesso a água potável, fraca qualidade da água de fontes naturais e saneamento básico insuficiente. Este contexto explica que no país se continue a verificar um predomínio das doenças transmissíveis entre o total de patologias registadas.

No que se refere a doenças não transmissíveis, os registos não as evidenciam como um problema de saúde pública, sendo provável a existência de muitos mais casos do que os registados.
Segundo a WHO Country Health System Fact Sheet (OMS, 2006), as principais causas de morte em crianças com idade inferior a 5 anos, no período de 2000 a 2003, foram as causas neonatais, a pneumonia, a diarreia, o sarampo, a malária, o HIV/SIDA e as feridas ou traumatismos. Para a totalidade da população, a mesma fonte apresenta como as dez principais causas de morte as infecções respiratórias baixas, os problemas cerebrovasculares, a malária, os problemas cardiovasculares, a anemia, a diarreia, a tuberculose, o sarampo, a sífilis e a diabetes.

O país não possui um laboratório nacional de saúde pública, o que não contribui para a concretização do combate às doenças transmissíveis. A malária constitui o maior problema de saúde pública, sendo que cada habitante tem, em média, 2 a 3 episódios por ano. As crianças com idade inferior a 5 anos e as grávidas são os mais afectados.

Relativamente ao VIH/SIDA, assume-se a existência de uma subnotificação. O primeiro caso foi notificado em 1990 e em 2003 havia já um total acumulado de 124 casos com 47,6% de óbitos. A progressão da doença aparentemente tem sido exponencial.(OMS, 2006)

Relativamente à tuberculose, não existe, a nível nacional, um conhecimento total da magnitude do problema. Consta que, em 2001, foram registados 80 casos da doença no país, tendo aumentado para 140 dois anos depois. A preocupação nacional tem estado centrada apenas na perspectiva curativa, não se apostando nem no diagnóstico precoce nem na prevenção da doença (WHO Country Health System Fact Sheet, 2006).

No que se refere à concretização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), relacionando os períodos de 1985 a 1994 e de 1995 a 2005, a taxa de alfabetização entre os jovens subiu de 93,8% para 95,4%. Estima-se que, em 1989, cerca de 80% da população adulta era escolarizada, evoluindo este valor para 95,4% em 2005. Sem dados de comparação com anos anteriores, em 2005 a taxa líquida de escolarização primária era de 97% e a de escolarização secundária de 32%. Estima-se em 18% a taxa de alunos que no período 1999 / 2005 tiveram acesso ao ensino superior. Em 1990 não havia registo de utilizadores de internet e em 2005 estes representavam cerca de 131 em 1000 pessoas (Human Development Report, 2008).

A prevalência da tuberculose tem vindo a mostrar um discreto decréscimo – 345 casos por 100 000 pessoas em 1990, 272 casos por 100 000 pessoas em 2000 e de 253 casos por 100 000 pessoas em 2006.

Em 2005, 61% das crianças com idade inferior a 5 anos recebia tratamento anti-malárico em caso de contrair a doença (Human Development Report, 2008).

Não existem registos de administração de terapêutica antirectroviral no país, nem da prevalência ou da incidência de VIH / SIDA (Human Development Report, 2008).

O Quadro 45 complementa a informação anteriormente apresentada, apresentando alguns dos indicadores dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Salienta-se a dificuldade em verificar as tendências do perfil epidemiológico e de morbilidade e mortalidade do país.

2. O estado dos RHS

Segundo o documento *Estratégia de cooperação da OMS com a República de São Tomé e Príncipe 2006-2009*, o Departamento de Recursos Humanos encontra-se quantitativamente e qualitativamente desprovido de técnicos para formular e implementar uma política e um Plano Nacional de Desenvolvimento de RHS. Existem alguns problemas essenciais ligados à gestão de RHS, dos quais se destacam a distribuição inadequada dos RHS disponíveis e a inexistência de uma base de dados (OMS, 2005).

Em 2000, foi efectuada uma consultoria em recursos humanos ao Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe (Lima, 2000). Foram identificados problemas que podem ser divididos em três áreas:

- Gestão de recursos humanos (GRH);
- Gestão dos processos de capacitação;
- Desenvolvimento institucional da Escola de Formação de Pessoal.

Integrados nestas três áreas, salientam-se alguns dos problemas levantados na consultoria:

- Insatisfação generalizada dos trabalhadores da área da saúde no que toca a condições salariais, sendo causadora de absentismo, indisciplina, desmotivação e desinteresse pelo trabalho – a desmotivação causada por falta de valorização profissional;
- Incapacidade financeira do Ministério da Saúde em contratar e manter um quadro de pessoal suficiente para o atendimento das necessidades locais;
- Concentração de trabalhadores na capital e nos distritos de melhor acesso;
- Saída de quadros efectivos;
- Carência de profissionais de níveis superior e médio nos serviços de saúde e no mercado de trabalho do país; considerável número de pessoal a exercer funções nos serviços de saúde sem qualificação específica ou a aguardar cursos de promoção;
- Escassez de especialistas nos serviços de saúde e no mercado de trabalho;
- Insuficiente actuação da Escola de Formação de Pessoal - pequeno número de docentes e baixa capacidade de gestão;
- Dificuldades na GRHS devido a falhas de formação, falta de iniciativa e criatividade;
- Desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o processo de criação e implementação das carreiras, gerando desconfiança no processo;
- Dificuldades de comunicação entre os diversos níveis de gestão;
- Fragilidade e indefinição do papel do departamento de recursos humanos.

Segundo a mesma autora, foram diagnosticados os seguintes constrangimentos ao desenvolvimento de políticas de RHS:

- Inexistência de um sistema de informação de recursos humanos que possibilite, entre outras coisas, identificar a distribuição da força de trabalho;
- Indefinição do modelo de organização de serviços;
- Indefinições quanto ao tipo, padrão, área de abrangência e as acções a desenvolver nas estruturas sanitárias;
- O Departamento de RHS encontra-se desprovido quantitativamente e qualitativamente de técnicos para implementar e desenvolver política de RHS;
- Inexistência de instituições formadoras de profissionais – os profissionais de nível superior são formados fora do país;
- No campo da gestão e valorização dos RHS, o problema de maior complexidade refere-se aos baixos salários.

Como resultado desta consultoria foi feito um diagnóstico dos principais problemas de RHS, foi elaborado um documento de Directrizes da Política de Recursos Humanos de Saúde e procedeu-se à revisão do regulamento da escola de formação de pessoal, especificamente no que se refere à missão, estruturação, organização e composição da escola e às competências de cada cargo.

Salienta-se que a inexistência de dados alusivos a alguns dos indicadores é por si só reveladora das falhas aos níveis da informação em saúde e da gestão de RHS, realidade vivida de forma evidente em STP (ver anexo).

2.1 Densidade dos RHS

Apesar do diagnóstico dos principais problemas de RHS e da elaboração do documento de Directrizes da Política de Recursos Humanos de Saúde, em 2005, os problemas mantiveram-se (OMS, 2005).

Por um lado, continua a verificar-se a distribuição inadequada dos RHS disponíveis (e a inexistência de uma base de dados que permita colmatar esta falha) (Quadro 46) e, por outro, a quase inexistência de estruturas de formação de profissionais de saúde.

2.2 Distribuição dos RHS

Em relação à distribuição dos RHS apurou-se que, em 2000, o rácio de enfermeiros para médicos era de 2,92 (Fresta & Xavier, 2001) enquanto que, em 2004, este rácio era de 3,8 (WHOSIS, 2008).

De acordo com Fresta & Xavier (2001), em 2000, existiam:

- 219 profissionais da carreira de enfermagem dos quais 154 eram auxiliares, 34 enfermeiros gerais e 31 especializados;
- 72 médicos (para a cobertura da rede prevista na carta sanitária são necessários 84 médicos);
- 121 profissionais da carreira de técnicos de diagnóstico e terapêutica dos quais 120 formados e 1 em formação: 85 são auxiliares, 12 são técnicos superiores e os restantes 24 técnicos. Para a cobertura da rede prevista na carta sanitária são necessários 133 profissionais da carreira de técnicos de diagnóstico e terapêutica.

2.3 Desempenho dos RHS

O resultado evidente do que se descreve reflecte-se, não apenas na distribuição dos RHS no país, mas sobretudo no desempenho (eficiência e qualidade) dos profissionais. Nos postos periféricos os serviços de saúde são assegurados por enfermeiros e, principalmente, pelos agentes de saúde comunitária (ASC) que, não possuindo qualquer qualificação na área da saúde e detendo apenas, em alguns casos, cursos de socorrismo e noções básicas de saúde, garantem a prestação de cuidados a grande parte da população rural (Lima, 2000). Associando a falta de condições de trabalho aos salários baixos, à inexistência de uma política de incentivos, à falta de formação e ao deficiente aprovisionamento de medicamentos, encontra-se a origem, não só da falta de motivação do pessoal do sector, mas também da saída de técnicos superiores do país (Lima, 2000).

2.4 Problemas transversais aos recursos humanos da saúde

Da análise da situação dos recursos humanos da saúde, resultam alguns problemas essenciais ligados à gestão e já referidos anteriormente, incluindo a distribuição inadequada dos recursos disponíveis e a inexistência de uma base de dados que possibilite identificar a distribuição da força de trabalho e propor a contratação ou formação de profissionais (OMS, 2005). A ausência da sistematização de dados está na origem da não obtenção dos indicadores pretendidos (ver anexo).

Frequentemente, os quadros enviados para o estrangeiro para graduação e pós-graduação não regressam, abandonam o sector e enveredam por outros meios de ocupação alheios ao Sistema Nacional de Saúde, ou emigram. Isto deve-se à má gestão dos recursos, caracterizada por falta de incentivos, ausência de progressão na carreira e baixos salários, insuficientes para responder às necessidades individuais e familiares (OMS, 2005).

3. Políticas que influenciam os RHS

3.1 Financiamento

Não foi possível o acesso a qualquer documento relacionado com o financiamento do sistema de serviços de saúde e, mais concretamente com o financiamento dos RHS. Pesquisou-se também, e igualmente sem sucesso, o tema dos incentivos aos profissionais de saúde.

O Estado tem feito esforços no sentido de aumentar a parcela atribuída à saúde no orçamento geral do Estado. Assim, em 2002, esta foi de 8%, em 2005 de 15% e o aumento subiu até aos 19% em 2004, correspondendo a um aumento de 6% a 10% do PIB. No entanto a distribuição destes recursos não mostra ser equitativa e não reflecte os investimentos feitos (OMS, 2005).

Não foi possível encontrar dados referentes ao fornecimento de produtos farmacêuticos e de material cirúrgico, tecnologias cirúrgicas, equipamento de laboratório ou imagiologia.

Salienta-se a inexistência de benefícios de reforma, seguros de saúde ou de acidentes.

3.2 Educação

Os dados do recenseamento de 2001 relativos ao sector da educação permitem ter uma visão da situação real da educação em São Tomé e Príncipe. Revelam a dificuldade que o Ministério da Educação enfrenta para implementar o Sistema Nacional de Educação previsto pela lei em vigor. Salienta-se, no que concerne ao ensino superior, que o nível de instrução superior representa uma proporção muito pouco significativa na população santomense. Com efeito, 1% da população residente no país tem um nível de formação superior, sendo esta percentagem de 1,5% para o sexo masculino e 0,5% para o feminino. É na faixa etária compreendida entre os 40 e os 49 anos de idade que se encontra concentrada a maior quantidade de pessoas com este nível de formação. Esta população concentra-se predominantemente no meio urbano, atingindo, neste, a percentagem de 1,6%, superior, portanto, à média nacional. Uma análise mais detalhada ao longo do território nacional mostra que a população com formação superior, além de ser masculina, se encontra concentrada principalmente no distrito de Água Grande (2,1%). Os outros distritos apresentam dados quase marginais, sendo que em Caué, a distribuição é quase nula. A diferença entre os sexos é bastante significativa, sendo que há uma esmagadora predominância do sexo masculino sobre o sexo feminino. No meio rural, praticamente não existem pessoas com formação superior, de tal modo as proporções são baixas (Instituto Nacional de Estatística, 2003).

De acordo com OMS (2005), em 2005, a Escola de Formação de Quadros de Saúde manteve-se sem reforço, dispondo de um número reduzido de docentes, fraca capacidade de gestão, não efectuando a actualização dos quadros nem dos programas de formação. No entanto, esta escola é o meio mais acessível para qualificar a força de trabalho para o SNS, embora todos os profissionais de saúde com qualificação superior sejam formados fora do país. Há ainda a referir que os quadros enviados para o estrangeiro para prosseguirem os seus estudos raramente regressam a STP ou, quando o fazem, enveredam por outras formas de ocupação.

O Quadro 47 ilustra os indicadores relacionados com a educação que encontrámos disponíveis.

Dos dados disponíveis alusivos à temática da formação em RHS salienta-se que, para além do que se referiu na introdução, a Escola de Formação de Quadros de Saúde ministra formação conferindo o grau de enfermeiro, sem que seja no país ministrada qualquer formação considerada superior. A maior parte da formação de técnicos de saúde é então feita no estrangeiro.

Assim, nos anos 1997 a 1999, 36 estudantes iniciaram estudos de enfermagem, sendo que 26 o fizeram no país. No mesmo período terminaram o curso 17 enfermeiros, 12 dos quais tendo estudado na escola santomense.

No mesmo período, 17 estudantes santomenses concluíram no estrangeiro o curso de medicina. Igualmente no estrangeiro, 12 médicos e 9 enfermeiros, iniciaram cursos de especialização, sendo que apenas 5 médicos os concluíram (Fresta & Xavier, 2001).

3.3 Gestão

Fresta & Xavier (2001) referem a ausência total de quadros de gestão, enumerando as necessidades para cada nível de gestão: administração hospitalar (2); economia da saúde (2); gestão de recursos humanos (2); gestão farmacêutica central (1); gestão farmacêutica hospitalar (1); gestão financeira (10); gestão distrital (7); gestão de enfermaria (30) – num total de 55 pessoas, necessárias mas inexistentes (ver anexo).

3.3.1 Gestão de RHS

Actualmente, e de acordo com dados de 2000 do MINSAU, não existem gestores de RHS de alto nível a tempo inteiro.
O Quadro 48 apresenta alguns dos indicadores relacionados com a gestão de RHS.

Em STP não existe oferta regular de módulos de gestão aos RHS. Segundo Lima (2000), a GRHS confunde-se com a própria gestão do trabalho. No entanto é correcto que se considere a GRH como uma das tarefas mais complexas de uma instituição, envolvendo vários aspectos de diversas naturezas e dimensões: económicas, políticas, educacionais, jurídicas ou legais e operacionais. Neste documento é ainda salientado que a GRHS de Saúde tem o privilégio de reunir dois dos pilares fundamentais da cidadania: a saúde e a educação. Isto exige responsabilidades que, para se desenvolverem, implicam o investimento em competência e conhecimentos. Para tal, é sugerido que, quase de forma imperativa, se promova a qualificação de uma equipe em gestão de recursos humanos em STP. Porém, ainda não se encontram resultados evidentes da aplicação desta sugestão.

4. Sistema de informação dos RHS

Reconhecendo a importância dos sistemas de informação em saúde como um componente fundamental de qualquer sistema de serviços de saúde, há a salientar a precariedade do mesmo no que se refere a STP.

Lima (2000) afirma que a informação e a investigação sobre RHS têm-se tornado, de forma gradual, objecto de interesse dos dirigentes dos serviços de saúde. Os técnicos e dirigentes institucionais necessitam cada vez mais de utilizar procedimentos alicerçados em informações adequadas, sendo, portanto, evidente a necessidade de melhorar a fiabilidade das informações sobre os recursos humanos. É sugerida a implementação de um sistema de informação ágil e acessível aos gestores e trabalhadores de uma forma geral, e a promoção de incentivos para a prática da investigação em saúde. Não se encontram, porém, resultados evidentes da aplicação desta sugestão.

Perante a ausência de documentação que contrarie esta afirmação, conclui-se que é inexistente, em STP, um sistema de informação em RHS, pelo que não se pode proceder à sua avaliação (ver anexo).

Apresenta-se, de seguida (Quadro 49), uma análise SWOT que deverá ser encarada numa perspectiva de criação e implementação de um sistema de informação de RHS em STP.

5. Condições de implementação de bibliotecas virtuais em saúde (BVS)

As BVS em São Tomé e Príncipe foram criadas recentemente. Os técnicos que serão responsáveis pela sua manutenção e acompanhamento foram treinados na BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Em STP, têm por missão reunir-se com as outras instituições do país e de iniciar a formação do Conselho Consultivo para reger a BVS Nacional e delegar tarefas a cumprir por cada uma das instituições que concordarem em participar da rede BVS. Este trabalho é ainda incipiente[82].

Contactados os profissionais de saúde de um dos distritos, em Novembro de 2008, de forma informal, estes referem nunca ter ouvido falar nas BVS. Salientam que na região é muito difícil o acesso a internet, inclusivamente no hospital, onde nem existe um computador.

6. Conclusões

Já foi sobejamente referida a dificuldade de acesso a dados estatísticos alusivos às temáticas abordadas no presente relatório, uma vez que estes não existem de forma sistematizada a nível do MS. A dificuldade de acesso, certamente pela mesma razão, verifica-se também ao consultar fontes mundiais como a OMS ou o Banco Mundial.

A aparente inexistência de dados objectivos traz consigo alguma frustração na realização do presente estudo. Porém, e contrariando este sentimento, torna-se um desafio colaborar com São Tomé e Príncipe para a melhoria da presente situação.

[81] Capacidade de negociação do salário.

[82] Contacto informal, via e-mail, com a Dra. Regina Ungerer da OMS Genebra.

7. Bibliografia consultada

- Banco Mundial 2005.

- Castro, Janete Lima de Castro; (2000). *Relatório de Consultoria: Directrizes para a Política de Recursos Humanos*, OMS.

- (2002). Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, República Democrática de São Tomé e Príncipe.

- Fresta, E.; Xavier, D.; (2001). *Consultoria RHS , versão preliminar,* Ministério da Saúde, São Tomé e Príncipe.
- Fundo Monetário Internacional. World Economic and Financial Surveys World Economic Outlook Database. Disponível em: http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2008/02/weodata/index.aspx Última consulta a 30.12.2008. Última actualização em Outubro de 2008.

- *Human Development Report 2007/2008.* Disponível em: http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/ Última consulta a 30.12.2008.

- Instituto Nacional de Estatística, (2003). *Características Educacionais da População - RGPH-2001*, S. Tomé e Príncipe.

- *Objectifs de Développement du Millenium, Première Rapport, sd.*

- OMS, (2005). *Estratégia de cooperação da OMS com a República de São Tomé e Príncipe 2006-2009.*

- WHO Statistical Information System (WHOSIS). Disponível em: http://www.who.int/whosis/en/ Última consulta a 30.12.2008. Última actualização a 20.11.2008.

- WHO Country Health System Fact Sheet 2006, São Tomé and Príncipe. Disponível em: http://www.afro.who.int/home/ countries/fact_sheets/saotomeprincipe.pdf. Última consulta a 30.12.2008.

8. Anexo

Listagem de todos os indicadores relacionados com os RHS, definidos para a elaboração da monografia, com indicação de ter sido ou não encontrada informação (✕ – dados inexistentes; ✓– dados existentes).

Ponto de Situação para SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
Quadros

Quadro 44 – INDICADORES MACROECONÓMICOS (ANO DE REFERÊNCIA E ÚLTIMO ANO DISPONÍVEL)

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE	VALOR	ANO	FONTE
Número de habitantes (biliões)	0,1	1975	PNUD	0,155	2006	WHOSIS
Taxa de crescimento populacional anual (%)	2,1	1975-2005	PNUD	1,6	2005	PNUD
Esperança média de vida (anos)	-	-	-	61	2005	WHOSIS
Distribuição geográfica da população (% população urbana total)	31,6	1975	PNUD	58	2005	PNUD
Produto interno bruto em biliões	0,072	1998	FMI	0,145	2007	FMI
Produto interno bruto per capita (USD)	970	1998	FMI	1490	206	WHOSIS
Percentagem da população que vive com menos de 1 USD por dia (%)	13	1987	1º rapport MDG	15,1	2001	1º rapport MDG
Taxa líquida de escolarização primária nacional (%)	69,3	2002	ODM report	97	2005	PNUD
Percentagem do PIB gasto com a saúde (%)	10,1	1998	WHOSIS	10,5	2006	WHOSIS
Proporção do orçamento da saúde na despesa pública (%)	14,9	1998	PNUD	12,2	2006	PNUD

Quadro 45 – ALGUNS INDICADORES DOS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO (HUMAN DEVELOPMENT REPORT, 2008).

INDICADOR		VALOR	ANO	VALOR	ANO
ODM4	Taxa de mortalidade em crianças com ≤ 5 anos (1 000 nados vivos)	-		118	
	Taxa de mortalidade infantil (por 1 000 nados vivos)	-		75	
	Taxa de cobertura vacinal, Sarampo (% de crianças com idade compreendidas entre 12-23 meses)	-	-	88	2005
	Taxa de cobertura vacinal, Tuberculose (% de crianças com idade compreendidas entre 12-23 meses)	-		98	
ODM5	Mortalidade materna (por 100 000 nados vivos)	100	1990/2005	-	-
	Partos assistidos por profissionais da saúde qualificados (% do total)	76	1990/2005	-	-
ODM6	Prevalência de HIV (% de indivíduos com idades entre os 15 e 49 anos)	-	-	-	-
	Incidência da tuberculose (por 100 000 pessoas)	135	1990	103	2006

Quadro 46 – DENSIDADE DAS DIFERENTES CATEGORIAS DE RHS EM STP, EM 2004 (WHOSIS, 2008)

INDICADOR	VALOR
Número de médicos por 10 000 habitantes	5
Número de enfermeiros e parteiras por 10 000 habitantes	19
Número de técnicos de laboratório por 10 000 habitantes	3
Número de técnicos de farmácia por 10 000 habitantes	2
Número de trabalhadores da saúde tradicionais e de trabalhadores comunitários por 10 000 habitantes	23
Número de pessoal dentário por 10 000 habitantes	<1
Número de trabalhadores de saúde pública e ambiente por 10 000 habitantes	1
Número de outras categorias de RHS por 10 000 habitantes	31

Quadro 47 – INDICADORES RELACIONADOS COM A EDUCAÇÃO

INDICADOR	VALOR	ANO	FONTE
Percentagem de alunos a frequentar o ensino secundário	76	2004	PNUD
Percentagem de alunos que terminaram o ensino secundário	32	2005	PNUD

Quadro 48 – INDICADORES RELACIONADOS COM A GESTÃO DE RHS – INFORMAÇÃO EM NOVEMBRO DE 2008

INDICADOR	VALOR
Ficheiros com registos da história do empregado	Não existe
Directrizes para consultar os ficheiros pessoais	Não existe
Manual de ajuda à administração de pessoal	Não existe
Directrizes de apreciação de desempenho documentadas e acessíveis	Não existe
Sistema de classificação de carreiras que identifica claramente os tipos de funções e a progressão na carreira	Não existe
Directrizes para formulários e procedimentos para aprovação de recrutamentos, promoções e transferências	Não existe
Directrizes para formulários e procedimentos disciplinares, queixas e cessações	Não existe
Verificação dos registos relativos a recrutamentos,promoções e transferências com os postos autorizados, os orçamentos anuais e os fundos disponíveis	Não existe

Quadro 49 – ANÁLISE SWOT À CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM RHS EM STP

Forças	**Fraquezas**
• País de pequenas dimensões; • Vontade política de mudança.	• Inexistência de trabalho realizado no domínio de sistemas de informação em saúde; • Graves lacunas a nível do conhecimento e formação em gestão em saúde.
Oportunidades	**Ameaças**
• Vontade política internacional de colaboração para a resolução dos problemas diagnosticados.	• Intervenção não coordenada de vários actores de cooperação; • Incapacidade de gestão autónoma de um sistema de informação em saúde.

8.
Anexo

Listagem de todos os indicadores relacionados com os RHS, definidos para a elaboração da monografia, com indicação de ter sido ou não encontrada informação (✕ – dados inexistentes; ✓– dados existentes).

INDICADOR	DADOS
Percentagem do PIB gasto com a saúde	✓
Proporção dos gastos com a saúde provenientes de tarifas e taxas	✕
Proporção do orçamento da saúde na despesa pública	✕
Proporção do orçamento dos RHS no orçamento público de saúde	✕
Número de médicos por 10 000 habitantes	✓
Número de enfermeiros por 10 000 habitantes	✓
Número de técnicos de laboratório por 10 000 habitantes	✓
Número de dentistas por 10 000 habitantes	✓
Número de técnicos de farmácia por 10 000 habitantes	✓
Número de outras categorias de RHS por 10 000 habitantes	✓
Rácio de densidade de médicos mais elevada por densidade mais baixa por região	✕
Rácio de densidade de enfermeiros mais elevada por densidade mais baixa por região	✕
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de outros RHS por região	✕
Rácio de homens para mulheres por categoria de RHS	✕
Rácio de enfermeiros para médicos	✓
Rácio de RHS não qualificados para qualificados	✕
Rácio de prestadores públicos para prestadores privados por categoria de RHS	✕
Orçamento anual para os RHS / total do orçamento anual para a saúde	✕
Número de RHS por categoria / orçamento anual para os RHS dessa categoria	✕
Total de gastos com RHS per capita	✕
Rendimentos anuais médios por categoria de RHS	✕
Demora média hospitalar	✕
Número médio de vacinas administradas por dia por número de pessoal de saúde	✕
Número de atendimentos em cuidados de saúde primários por total de pessoal	✕
Rupturas de stock de medicamentos essenciais	✕
Número de infecções cruzadas por número de doentes hospitalares	✕
Nível médio salarial por categoria de RHS	✕
Número de candidatos por vagas por categoria de RHS	✕
Estimativa do número de candidatos	✕
Percentagem de emigração por categoria de RHS	✕
Percentagem de imigração por categoria de RHS	✕
Taxa média de mortes por VIH/SIDA por categoria de RHS	✕

INDICADOR	DATA
Proporção de médicos que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde	✕
Proporção de outras categorias de RHS que têm mais do que um emprego nos serviços de saúde	✕
Taxa de absentismo dos RHS	✕
Número médio de horas de trabalho por semana por categoria de RHS	✕
Opiniões sobre se a motivação é, ou não, um problema	✕
Nível médio salarial por categoria de RHS	✕
Rácio dos níveis salariais dos RHS para profissões comparáveis	✕
Salário médio nas áreas rurais para salário médio nas áreas urbanas por categoria de RHS	✕
Rácio dos níveis salariais médios dos homens para níveis salariais médios das mulheres dos RHS	✕
Nível salarial como proporção da despesa governamental corrente	✕
Despesa com a saúde em proporção do PIB	✓
Despesa total de saúde per capita em PPP	✕
Nível salarial dos RHS em comparação com o PIB per capita	✕
Fornecimento de produtos farmacêuticos	✕
Fornecimento de material cirúrgico	✕
Tecnologias cirúrgicas	✕
Profilaxia pós-exposição ao VIH	✕
Luvas de boa qualidade	✕
Agulhas e bisturis de boa qualidade	✕
Existência de sub-especializações	✕
Oportunidades de formação contínua	✕
Benefícios de reforma	✕
Cuidados às crianças	✕
Seguro de saúde	✕
Seguro de Acidentes	✕
Aconselhamento psicológico para os trabalhadores da área da saúde	✕
Grupos de apoio de pares	✕
Instalações	✕
Equipamento de laboratório	✕
Imagiologia	✕
Percentagem de alunos a frequentar o ensino secundário	✓
Percentagem de alunos que terminaram o ensino secundário	✓
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas médicas	✕
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de saúde pública	✕
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de ciências farmacêuticas	✕

INDICADOR	DATA
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas de enfermagem e enfermagem obstétrica	×
Proporção de candidatos do secundário que se candidataram a escolas paramédicas ou escolas técnicas de saúde	×
Proporção de graduados do ensino intermédio (pré-secundário) que se candidataram a escolas de enfermagem e enfermagem obstétrica	×
Proporção de graduados do ensino intermédio (pré-secundário) que se candidataram a escolas paramédicas ou escolas técnicas de saúde	×
Proporção de graduados do ensino intermédio e secundário que tiveram acesso a informação e campanhas de promoção dos RHS	×
Custo médio da educação por formação de cada categoria de RHS	×
Custo médio anual da educação por formação de enfermeiros gerais	×
Custo médio anual da educação por formação de tecnologias da saúde	×
Proporção de candidatos (total e por categoria) aceite numa instituição de formação de RHS específica	×
Proporção de candidatos que aceitaram um lugar numa instituição de formação de RHS	×
Proporção de alunos que terminaram a formação de RHS	×
Proporção de graduados que entraram no sector da saúde	×
Densidade regional de graduados (da mais elevada para a mais baixa)	×
Proporção de RHS do sexo feminino	×
Missão das instituições de RHS – Incluem declaração sobre a disponibilidade necessária à prestação de cuidados de saúde, sobre a necessidade futura de formação, a responsabilidade social, a investigação e envolvimento comunitário?	×
Participação dos alunos nos cuidados aos doentes (em número de horas semanais gastas com cuidados prestados a pacientes)	×
Proporção de cursos (disciplinas) dedicados às doenças prioritárias do país	×
Capacidade para admitir alunos relativamente à capacidade da instituição de formação de RHS em todos os níveis de educação	×
Política de admissões	×
Mecanismos de actualização das competências dos professores	×
Tamanho médio das turmas	×
Número de computadores por aluno	×
Número de computadores com acesso à internet por aluno (indicar a velocidade de banda)	×
Envolvimento dos parceiros na avaliação dos programas	×
Definição das estruturas de governação das instituições de formação – Reflectem a representação do pessoal académico, estudantes e outros parceiros	×
Linhas claras de responsabilidade e autoridade no *curriculum* e orçamento	×
Mecanismos de revisão regular da formação dos RHS	×
Actualização e desenvolvimento profissional contínuo	×
Acesso a informação em saúde actualizada e relevante (referir se existem, onde e como se podem actualizar os profissionais)	×
Número de horas por semana que o profissional utiliza com sua própria capacitação/ formação	×
Participação em discussões de grupo ou redes (indicar a frequência e o tipo - electrónicas ou presenciais)	×

INDICADOR	DATA
Escolha sobre o salário (pouca, moderada, elevada)	✕
Capacidade para contratar (baixa, média, elevada)	✕
Capacidade para dispensar (baixa, média, elevada)	✕
Autonomia sobre mapas de pessoal e distribuição de pessoal a nível institucional (baixa, média, elevada)	✕
Autonomia sobre recrutamento (baixa, média, elevada)	✕
Autonomia sobre transferências (baixa, média, elevada)	✕
Autonomia sobre promoções (baixa, média, elevada)	✕
Autonomia sobre alocação de recursos (% de despesa local autorizada por autoridade superior)	✕
Existência de iniciativas alargadas do sector público relativamente aos RHS.	✕
Percentagem do orçamento destinado à gestão dos RHS	✕
Número de gestores de RHS de alto nível a tempo inteiro	✓
Rácio de gestores centrais para gestores regionais	✕
Existência de plano de gestão de RHS	✓
Percentagem de pessoal que recebeu formação em gestão no último ano	✕
Registo dos prestadores privados actualizado e correcto	✓
Número de modelos de contratação permitidos	✕
Número de categorias de profissionais de saúde do sector público com autorização para trabalhar pelo menos em part-time no sector privado	✕
Ficheiros com registos da história do empregado (Sim / Não)	✓
Directrizes para consultar os ficheiros pessoais (Sim / Não)	✓
Manual de ajuda à administração de pessoal (Sim / Não)	✓
Directrizes de apreciação de desempenho documentadas e acessíveis (S/N)	✓
Sistema de classificação de carreiras que identifica claramente os tipos de funções e a progressão na carreira (Sim / Não)	✓
Directrizes para formulários e procedimentos para aprovação de recrutamentos, promoções e transferências (Sim / Não)	✓
Directrizes para formulários e procedimentos disciplinares, queixas e cessações	✓
Verificação dos registos relativos a recrutamentos, promoções e transferência com os postos autorizados, os orçamentos anuais e os fundos disponíveis (Sim / Não)	✓
Número de vezes por ano que o sistema de gestão fornece informação sobre os indicadores	✕
Percentagem de instituições que utilizam formulários de indicadores para reportarem a monitorização e avaliação (por exemplo, registos de morbilidade)	✕
Percentagem de instituições que apresentam notificações de doença como estabelecido	✕
Rupturas de stock de medicamentos essenciais	✕
Proporção de diferença entre os stocks com registo manual e o stock com registo informático	✕
Percentagem de instalações com instalações aceitáveis de armazenamento	✕
Número de horas efectivas de trabalho por número de horas de trabalho	✕
Número e frequência de visitas de supervisão às unidades de saúde	✕

INDICADOR	DATA
Número anual de pessoas que deixam os empregos por pessoal nos postos + pessoal que saiu	✕
Frequência ou número de reuniões de pessoal por ano	✕
Percentagem de minutas por agendas de reuniões	✕
Oferta regular de módulos de gestão (Sim / Não)	✓
O país tem legislação adequada que fornece uma estrutura para a informação em saúde.	✕
O Ministério da Saúde possui capacidade em áreas chave das ciências da informação (epidemiologia, demografia, estatística, informação e tratamento e comunicação de informação)	✕
Existe uma unidade administrativa funcional central no Ministério da Saúde que concebe, desenvolve e apoia a colheita, gestão, análise, disseminação e utilização de informação em saúde, incluindo a informação sobre RHS	✕
No ano anterior foram desenvolvidas actividades de capacitação para o pessoal do sistema de informação em RHS quer a nível nacional quer a nível regional	✕
Assistência disponível, a nível nacional e regional, para a concepção, gestão e apoio a bases de dados e software.	✕
Estão disponíveis materiais (formulários, lápis, papel e outros) necessários ao registo da informação	✕
Estão disponíveis computadores a nível nacional, regional e distrital de modo a permitir a compilação da informação	✕
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (telefone) a nível nacional, regional e distrital	✕
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (acesso a internet e e-mail) a nível nacional, regional e distrital	✕
Existe uma base de dados dos RHS que monitoriza o número de profissionais de saúde pelas principais categorias profissionais que trabalham quer no sector público quer no sector privado	✕
Existe uma base de dados nacional que monitoriza o número de graduações por ano de todas as instituições de formação na área da saúde	✕
Recursos humanos para manter e actualizar a base de dados nacional dos RHS	✕
Tempo decorrido desde a última actualização da base de dados	✕
Existe um procedimento escrito para a gestão dos dados que inclui a colheita, preservação, limpeza, controlo de qualidade, análise e apresentação dos dados, implementado em todo o país	✕

VI.

Síntese sobre a situação dos RHS nos PALOP

Dussault G, Fronteira I

1. O estado dos RHS

Essa secção faz o retrato geral da força de trabalho em saúde nos 5 PALOP, tratando a sua composição (número, categorias ocupacionais, estrutura demográfica), distribuição geográfica e por nível de serviços.

1.1 O Corpo de trabalhadores dos RHS

Refere-se ao número total de trabalhadores que compõem a força de trabalho em saúde. Esta definição deveria cobrir as categorias descritas no **Quadro 50**. Porém, nenhum dos países tem informações completas para descrever inteiramente o referido *corpo de trabalhadores*. Tipicamente, faltam dados sobre quem trabalha no sector privado, quem tem qualificações mas não trabalha no sector da saúde, ou trabalha no sector da saúde sem prestar serviços clínicos. São escassas as informações sobre os trabalhadores da saúde não-qualificados e sobre os menos numerosos, como os técnicos de laboratório e os farmacêuticos, entre outros. Também não foram encontrados dados concretos sobre os trabalhadores "informais" (parteiras tradicionais, vendedores de medicamentos, curandeiros, por exemplo).

Nas tabelas seguintes, apresentamos os dados disponíveis sobre as principais categorias de trabalhadores com qualificações reconhecidas, para o ano mais recente disponível. As fontes de dados encontram-se descritas nas bibliografias que acompanham este documento.

O **quadro 51** indica que, de uma maneira geral, os rácios de profissionais de saúde por habitante são baixos, demonstrando a escassez existente. Tomando por referência os 2.5 trabalhadores qualificados por 1 000 habitantes, indicado pela Joint Learning Initiative (2004) como mínimo para assegurar o acesso aos serviços de base em relação aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (saúde), nenhum dos 5 países alcança este patamar.

A OMS (2006, p.12) sugere um número um pouco menor, de 2.28, incluído todas as categorias de *skilled birth attendants* (assistentes de parto qualificados) e identifica 57 países, dos quais 37 africanos, incluindo Angola, Guiné Bissau e Moçambique, que não alcançam este nível mínimo.

Para fins de previsão das necessidades de pessoal e de planeamento em geral, é importante ter dados sobre a estrutura demográfica da força de trabalho. Por exemplo, a previsão das reformas é essencial para aceder a informação sobre as necessidades de substituição dos indivíduos que cessam actividade. A proporção de homens para mulheres é, também, um dado importante para temas como a distribuição geográfica do pessoal de saúde (as mulheres tendem a concentrar-se nas zonas urbanas). Pelo que podemos verificar, e como está indicado no **Quadro 52**, essa informação não está disponível para todos os países. No caso da Guiné-Bissau e de Moçambique, constata-se que a profissão de médico é maioritariamente masculina, sendo as outras femininas.

Em relação à distribuição geográfica dos RHS, há grandes desequilíbrios entre as regiões nos países para os quais existem dados disponíveis (não foram encontrados dados sobre São Tomé e Príncipe).

As zonas mais urbanizadas concentram maiores proporções de pessoal, sendo que a distribuição dos enfermeiros é menos desequilibrada. Essas diferenças apontam para problemas de igualdade de acesso aos serviços que necessitam da atenção por parte dos coordenadores dos projectos (quadro 53).

1.2 Formação de trabalhadores em saúde

A renovação e a expansão do corpo de trabalhadores da saúde qualificados dependem da capacidade do sistema de educação para formar graduados com um determinado conjunto de competências para lidar com as prioridades da área da saúde. A tabela 4 resume alguns dos indicadores referentes à formação dos RHS.

A informação sobre a formação de trabalhadores da saúde foi, para a generalidade dos países, a mais difícil de encontrar. Pensa-se que tal possa estar associado com o facto de se tratar de uma área híbrida onde Ministério da Saúde e da Educação se cruzam e onde as dificuldades decorrentes de sistemas de informação pouco desenvolvidos ou inexistentes se tornam patentes. Denota-se uma capacidade limitada para formar RHS seja porque não existem estruturas de ensino (veja-se, por exemplo, o caso de Cabo Verde e São Tomé, para a formação médica), seja porque estas não conseguem abrir cursos todos os anos (exemplos da Guiné Bissau e Cabo Verde), produzindo recursos com regularidade não anual.

Alguns dos indicadores no **quadro 53** tinham também como objectivo ser uma aproximação analítica da atractividade das profissões da saúde: é importante saber se existe uma procura dessas profissões antes de pretender aumentar a oferta de vagas de formação. A incapacidade de obter estes dados não permitiu discernir sobre esta questão.

Para além dos indicadores na tabela anterior poderá, também, num posterior estudo da capacidade de formação nacional de trabalhadores de saúde, ser procurada informação relativamente aos seguintes aspectos:

- Missão das instituições (ensino, investigação, serviços à comunidade);
- Proporção de cursos (disciplinas) dedicados às doenças prioritárias do país;
- Capacidade de admitir quantidade adicional de alunos;
- Política de admissão;
- Mecanismos de actualização das competências dos professores;
- Tamanho médio das turmas;
- Número de computadores com acesso *à internet* por aluno (com velocidade de banda);

- Definição das estruturas de governação das instituições de formação (reflectem a representação do pessoal académico, estudantes e outros parceiros);
- Mecanismos de revisão da formação dos RHS (Quadro 54).

1.3 Gastos com RHS e condições de trabalho

A proporção do orçamento público da saúde alocada a despesas de pessoal é muito variável de país para país, dependendo da importância de outras despesas (medicamentos, infra-estruturas) e da existência de outras fontes que podem cobrir tais despesas. Esta proporção está perto do total do orçamento público para a saúde na Guiné Bissau, é de 70% em Cabo Verde, de 45% em Moçambique e de 38% em Angola. É difícil interpretar estes dados sem analisar a despesa total e o conjunto dos fluxos financeiros em saúde, assim como os processos de elaboração das contas nacionais de saúde, o que ainda não é feito sistematicamente a nível dos PALOP.

O financiamento é um dos factores mais importantes que influenciam o estado da força de trabalho na área saúde. Esta influência faz-se sentir a nível do pagamento dos salários e de outros indicadores não salariais necessários à eficiência do sistema de saúde. Aliás, uma reflexão profunda sobre este tema deverá incluir uma análise dos incentivos não salariais, uma vez que tal abordagem permite a identificação de alavancas financeiras mais eficientes na consecução dos objectivos em termos de força de trabalho.

Há pouca informação quantitativa actualizada sobre as condições de trabalho, como os salários e outros benefícios (seguros, pensões) e subsídios que compõem a remuneração total, os benefícios não financeiros (roupa, alimentação, transporte, alojamento, profilaxia em relação a exposição ao VIH e outros riscos) e sobre a existência de incentivos para trabalhar em zonas difíceis. Os dados disponíveis para Cabo Verde e Moçambique indicam variações importantes entre os salários dos médicos e dos outros trabalhadores (**Quadro 55**).

Seria importante documentar práticas de trabalho existentes nos sectores público e privado, de emprego múltiplo, os níveis de satisfação com as condições de remuneração, o pagamento atempado dos salários e dos subsídios, os mecanismos de progressão na carreira, de promoção, de acesso a formação contínua e a disponibilidade de ferramentas básicas de trabalho (produtos farmacêuticos, material cirúrgico, agulhas e bisturis, luvas de boa qualidade, equipamento de laboratório). Esta informação é importante, na medida em que está relacionada com factores que influenciam o desempenho dos trabalhadores, tanto em termos de produtividade, como de qualidade das suas prestações.

1.4 Políticas e gestão dos RHS

Nessa secção, apresentamos informação sobre a existência de políticas, planos e estratégias de RHS, desenvolvidas por cada um dos PALOP e de ferramentas para facilitar a gestão da força de trabalho.

Não é possível, sem estudos empíricos, saber o grau de implementação das políticas, nem a sua eficácia. O mesmo se passa relativamente à utilização das ferramentas de gestão. Todos os PALOP têm já, ou estão a preparar, um plano de desenvolvimento dos RHS. O grau de formalização das políticas gerais e específicas (remuneração, formação, distribuição geográfica) é variável. Moçambique adoptou, recentemente, um plano de desenvolvimento dos RHS para o período 2008 a 2015, que inclui previsões de aumento da força de trabalho em função das necessidades associadas aos ODM, bem com uma estimativa dos custos de implementação das metas a atingir. Com essa informação o Governo de Moçambique pode, por um lado, estimar a porção de despesas com RHS que poderá cobrir, e por outro, o valor sobejante, que representaria o encargo dos parceiros financeiros comprometidos na ajuda ao país, de forma a fortalecer a capacidade do sistema de serviços de saúde (Quadro 56).

A qualidade do desempenho do sistema depende do desempenho dos trabalhadores da saúde, que, por sua vez, depende de uma gestão efectiva dos RHS. Os **quadros 57 e 58** apresentam informação sobre algumas das capacidades e ferramentas de gestão potencialmente condicionantes do desempenho dos RHS. As decisões, nomeadamente as referentes a recrutamento, despedimento e transferências, tendem a ser feitas quer a nível do Ministério da Saúde, quer a outro nível, como o Ministério da Administração Pública, portanto, muito frequentemente, de forma centralizada. Tal implica um défice de flexibilidade, de atenção às necessidades locais e atrasos na aplicação, sem referir os respectivos gastos de tempo e recursos.

1.5 Sistema de informação dos RHS

Os sistemas de informação em saúde são uma componente determinante de qualquer sistema de serviços de saúde, fazendo os sistemas de informação dos RHS (SIRHS) parte integrante dos mesmos. Os SIRHS são cruciais para o planeamento eficaz, a formulação de políticas, o diagnóstico do mercado de trabalho, através da análise da oferta e da procura, para a avaliação e o acompanhamento das actividades de gestão dos recursos humanos. São igualmente cruciais para a gestão do próprio sistema de saúde, bem como para a investigação e o desenvolvimento. O **quadro 59** apresenta alguns indicadores mais abrangentes referentes aos sistemas de informação e outros mais específicos dos SIRHS.

Para além desta informação seria também importante ter respostas a perguntas como as seguintes:

- Qual a informação que as associações profissionais têm sobre os RHS? Como é registada essa informação? Quem gere essa informação? Existe uma base de dados electrónica? Como são divulgados os dados?
- Que outras fontes de dados sobre RHS existem no sector público? Quem as gere? Existe uma base de dados electrónica? Essa base de dados é acessível? Como se pode aceder a esses dados? Quem pode aceder? Por quem e como é man-

tida a base de dados? Esta base de dados é descentralizada? Como funciona?
- Que possíveis fontes de dados no sector privado existem (por exemplo, conselhos, registos de serviços)? Estão centralizadas?
- Existem inquéritos aos serviços de saúde? Se sim com que periodicidade são realizados?

2. Problemas identificados

Apesar das diferenças significativas existentes entre os PALOP, no que respeita aos indicadores sócio-demográficos, epidemiológicos, administrativos e económicos, existem problemas que todos parecem experimentar. Uma lista indicativa inclui o corpo de trabalhadores, a educação, a distribuição geográfica, as condições de trabalho e desempenho, as políticas e a gestão e o financiamento.

Em relação à quantidade dos RHS:
- Todos os países têm défices consideráveis de pessoal qualificado em todas as categorias. Se considerarmos as necessidades de saúde das populações, as categorias com maior carência são os médicos, os farmacêuticos, os técnicos e as parteiras. O número de enfermeiros tende a crescer, mas é ainda insuficiente para garantir uma cobertura da população inteira, como preconizado pelo último *Relatório Mundial da Saúde* (OMS, 2008);
- Existe uma dependência excessiva de médicos estrangeiros, o que cria problemas potenciais de sustentabilidade do acesso aos serviços, para além os problemas associados às diferenças culturais entre médicos e utentes;
- A emigração dos profissionais mais qualificados não é importante em termos de quantitativos. No entanto, num contexto de falta de profissionais, cada saída para o estrangeiro é uma perda relevante.
- As perdas de trabalhadores qualificados, resultantes de reformas em idade jovem (em indivíduos com mais de 50 anos), saídas da prática clínica para exercício de funções administrativas, saídas para ONGs ou agências internacionais, para trabalhar fora do sector da saúde, ou por doença ou morte precoce, não estão convenientemente documentadas, embora aparentem afectar negativamente o número de profissionais de RHS.

Em relação à **educação** dos RHS:
- A nível dos médicos, 2 países (Cabo Verde e São Tomé e Príncipe) não têm capacidade autónoma de formação. Nos outros países, a formação actual não é suficiente para substituir os médicos que saem e manter ou aumentar os números que corresponderiam às necessidades decorrentes do crescimento da população;
- Não se conhece completamente a capacidade actual de formação de mais RHS, quer em termos de infra-estruturas e de pessoal docente, quer da capacidade de atracção de graduados das escolas do ensino pré-universitário.
- Não há mecanismos de monitorização e avaliação da qualidade dos processos formativos, capazes de acreditação dos cursos. Há variações consideráveis nas estratégias de formação. Por exemplo, a Guiné-Bissau utiliza estratégias baseadas em resolução de problemas, com uma forte orientação comunitária para formar os médicos; existem universidades, de outros países, que usam estratégias mais "tradicionais".

Em relação à distribuição geográfica dos RHS:
- Todos os países experimentam assimetrias substanciais relativamente à disponibilidade de RHS, particularmente de médicos e outros especialistas, nas zonas urbanas e rurais, o que gera problemas de igualdade de acesso aos serviços;
- Existem estratégias para melhorar a colocação de RHS qualificados nas zonas com necessidades insatisfeitas, mas a eficácia destas não foi, ainda, avaliada.

Em relação às condições de trabalho e desempenho dos RHS:
- A remuneração dos RHS no sector público é, em geral, determinada fora do Ministério da Saúde e entendida como insuficiente. Em certos casos, como o de Moçambique, subsídios e outras vantagens melhoram o rendimento total, podendo até dobrar o salário de base. Há casos de parceiros internacionais que pagam um suplemento salarial, o que levanta a questão da sustentabilidade da medida;
- As ameaças à saúde dos RHS, em termos de exposição a riscos biomédicos por falta de protecção adequada, são elevadas e, para além de gerarem problemas de saúde, podem reduzir a atracção dos indivíduos para as profissões de saúde, provocando problemas de recrutamento;
- O acesso a ferramentas básicas de trabalho (medicamentos, equipamentos, informação, entre outros) não está garantido, o que tem um impacto negativo sobre a motivação e o desempenho dos RHS;
- Existem poucos mecanismos de medida e de estímulo do desempenho individual (produtividade e qualidade) ou das equipas, por exemplo sob a forma de supervisão, formação contínua, ou incentivos financeiros e profissionais.

Em relação às políticas e à gestão:
- Todos os países adoptaram já um plano de desenvolvimento dos RHS (Moçambique, Cabo Verde) ou estão em fase de preparação (Angola, Guiné Bissau, São Tomé e Príncipe). Estes planos nem sempre têm o apoio de outros actores críticos para sua implementação (através de mecanismos de coordenação multissectorial), como os Ministérios da Educação, das Finanças ou da Administração Pública;
- Nenhum país tem um sistema de informação sobre RHS que disponibilize dados fidedignos e actualizados sobre o conjunto de RHS (todas as categorias, público/privado, em formação, activos/não activos). Não existem sistemas de previsões e de monitorização da evolução do pessoal de RHS;
- A capacidade de gestão é fraca, por falta de programas de formação dos gestores (a nível estratégico e operacional) e de técnicos (análise estatística, demográfica, económica) no campo dos RHS.

Em relação ao **financiamento do desenvolvimento** dos RHS:
- Com as possíveis excepções de Cabo Verde e Angola, os países não têm capacidade financeira para fazer um expansão rápida dos seus RHS, independentemente dos outros obstáculos. A

mobilização de fundos internos e externos vai exigir um esforço considerável de análise da situação actual e de definição justificada das necessidades;
- A captação dos recursos financeiros já disponíveis (EU, Global Fund, Gavi, Gates, por exemplo) não é feita num nível óptimo.

3.
Para iniciar a discussão

A possível colaboração entre os PALOP, combinada com a cooperação com agências técnicas internacionais e nacionais, pode abrir caminho para benefícios mútuos em áreas como:
- A construção de sistemas de informação capazes de colocar à disposição das entidades organizadoras e dos decisores os dados e informações de que necessitam para definir prioridades e estratégias eficazes de utilização dos RHS;
- A troca de experiências e lições aprendidas nos esforços de melhorar as competências e o desempenho dos RHS e na identificação das opções de intervenção (*policy options*);
- O desenvolvimento da capacidade de gestão dos RHS através da formação dos gestores e do desenvolvimento de ferramentas de gestão;
- O fortalecimento da capacidade de mobilização de recursos financeiros.

4.
Bibliografia

- Bossert, T.; Bärnighausen, T.; Bowser, D.; Mitchell, A.; Gülin, G.; (2007). *Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning of human resources for Health*, Geneva: World Health Organization.
- Health Metrics Network, (2008). *Assessing the national health information system: a assessment tool.* Version 4.00, Geneva: World Health Organization.

- Joint Learning Initiative, (2004). *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis,* Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

- Organização Mundial da Saúde, (2006). *Relatório mundial da saúde 2006 (Trabalhando Juntos Pela Saúde)*, Genebra: OMS. Disponível em: www.who.int/eportuguese/relatorio_m_saude_2006.pdf
  Última consulta 03.12.2008.

- Organização Mundial da Saúde. ePORTUGUÊSe.
  Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/en/
  Última consulta em 03.11.2008.

5. Anexos

- Condições de implementação de bibliotecas virtuais em saúde (BVS)

- Dados sócio-demográficos

- Dados macroeconómicos

- Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

Síntese sobre a situação dos RHS nos PALOP
Quadros

Quadro 50 – COMPOSIÇÃO DO CORPO DE TRABALHADORES DE RHS

O CORPO TOTAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE INCLUI AS SEGUINTES CATEGORIAS		
Trabalhadores qualificados activos	Os que têm emprego	No sector da saúde: • que prestam serviços de saúde • que prestam outros serviços Num outro sector.
	Os que estão dispostos a trabalhar mas não têm emprego	
Trabalhadores qualificados não activos	• Reformados • Saíram do mercado (doença, não querem trabalhar) ou nunca entraram	
Trabalhadores não-qualificados activos	Os que têm emprego	No sector da saúde: • que prestam serviços de saúde • que prestam outros serviços Num outro sector
	Os que estão dispostos a trabalhar mas não têm emprego	
Trabalhadores não-qualificados não activos	• Reformados • Saíram do mercado (doença, não querem trabalhar)	
Prestadores informais	Pessoas sem qualificação reconhecida e que prestam serviços fora das instituições formais: parteiras tradicionais, vendedores de medicamentos, curandeiros, entre outros.	

Quadro 51 – TRABALHADORES DA SAÚDE QUALIFICADOS NOS PALOP, NO ANO MAIS RECENTE DISPONÍVEL.

INDICADOR	ANGOLA (ANO)	CABO VERDE (ANO)	GUINÉ BISSAU (ANO)	MOÇAMBIQUE (ANO)	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE (ANO)
Médicos por 10 000 hab.	0,0077 (2004)	4,5 (2006)	0,98 (2007)	0,44 (2006)	5,0 (2004)
Técnicos de medicina por 10 000 hab.	ND	ND	ND	ND	ND
Enfermeiros por 10 000 hab.	0,1190 (2004)	9,3 (2006)	5,78 (2007)	2,20 (2006)	19 (2004)*
Parteiras por 10 000 hab.	0,43 (1997)	ND	1,37 (2007)	ND	ND
Outro pessoal de enfermagem por 10 000 hab.	ND	ND	ND	ND	ND
Técnicos de laboratório por 10 000 hab.	0,0144 (2004)	ND	1,03 (2007)	0,43 (2006)	3 (2004)
Farmacêuticos por 10 000 hab.	0.021 (1997)	<1 (2006)**	0,15*** (2007)	0,41 (2006)	2 (2004)
Outro pessoal qualificado por 10 000 hab.	0,002 (2004)	ND	ND	ND	31 (2004)
Rácio enfermeiros para médicos (%)	16,9 (2004)	2 (2006)	6,70 (2007)	5,0 (2006)	2,92 (2000)
Percentagem de médicos estrangeiros (%)	23,2 (2003)	16	ND	30,8 (2006)	ND
Rácio de RHS não qualificados / qualificados (%)	ND	ND	0,40 (2007)	ND	ND

*Inclui parteiras; ** Pessoal de farmácia; ***Técnicos de farmácia.

Quadro 52 – ESTRUTURA SÓCIO-DEMOGRÁFICA, CORPO DE TRABALHADORES DA SAÚDE, PALOP, ANO MAIS RECENTE DISPONÍVEL

INDICADOR	ANGOLA (ANO)	CABO VERDE (ANO)	GUINÉ BISSAU (ANO)	MOÇAMBIQUE (ANO)	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE (ANO)
Rácio homens / mulheres, médicos	ND	ND	3,23 (2007)	ND	ND
Rácio homens / mulheres, técnicos de medicina	ND	ND	ND	ND	ND
Rácio homens / mulheres, enfermeiros	ND	ND	0,82 (2007)	ND	ND
Rácio homens / mulheres, parteiras	ND	ND	0 (2007)	ND	ND
Rácio homens / mulheres, outro pessoal de enfermagem	ND	ND	ND	ND	ND
Rácio homens / mulheres, técnicos de laboratório	ND	ND	0,76 (2007)	ND	ND
Rácio homens / mulheres, farmacêuticos	ND	ND	0,8* (2007)	ND	ND
Rácio homens / mulheres, outro pessoal qualificado	ND	ND	ND	ND	ND
Percentagem de pessoal com idade > 50 anos, médicos	ND	4,2	ND	16,5[83]	ND
Percentagem de pessoal com idade > 50 anos, enfermeiros	ND	0,25	ND	21,7[84]	ND

* Técnicos de farmácia

[83] Escala de Idade dos Funcionários do SNS em 30.06.2007, Direcção de Recursos Humanos , Ministério da Saúde

[84] Idem

Quadro 53 – INDICADORES DE DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NOS PALOP, ANO MAIS RECENTE DISPONÍVEL

INDICADOR	ANGOLA (ANO)	CABO VERDE (ANO)	GUINÉ BISSAU (ANO)	MOÇAMBIQUE (ANO)	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE (ANO)
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de médicos por região[85]	288,5 (2002)	8,1 (2007)	6,37 (2007)	23,5 (2007)	ND
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de enfermeiros por região	18,9 (2002)	4,4 (2005)	11,98 (2007)	3,6 (2007)	ND
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de técnicos de medicina	ND	6,9* (2005)	ND	ND	ND
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de parteiras	ND	4,3 (2005)	8,14 (2007)	ND	ND
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de outro pessoal de enfermagem	ND	12,8** (2005)	ND	ND	ND
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de técnicos de laboratório	ND	2,1*** (2005)	ND	ND	ND
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de farmacêuticos	ND	ND	ND	ND	ND
Rácio de densidade mais elevada por densidade mais baixa de outro pessoal qualificado	ND	ND	ND	ND	ND

*Agentes sanitários; ** Auxiliar de enfermagem; ***Técnicos superiores de laboratório;

[85] Foi utilizada a maior divisão regional (habitualmente a província). Dados sobre as regiões mais pequenas (distritos) são apresentadas nas monografias de cada país.

Quadro 54 – FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE NOS PALOP, ANO MAIS RECENTE DISPONÍVEL

INDICADOR	ANGOLA (ANO)	CABO VERDE (ANO)	GUINÉ-BISSAU (ANO)	MOÇAMBIQUE (ANO)	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE (ANO)
Número de faculdades e escolas de medicina	2 (2008)	0 (2008)	1 (2008)	2 (2008)	0
Número de vagas de medicina	ND	-	ND	ND	NA
Número de graduados de medicina	ND	-	10 (2006)	935 (2005)	ND
Número de faculdades e escolas de enfermagem	ND	3 (2008)	1 (2008)	1 (2008)	1 (2008)
Número de vagas de enfermagem	ND	ND	4,33* (2007)	ND	ND
Número de graduados de enfermagem	ND	100 (2005)	62 (2006)	128** (2005)	ND
Número de faculdades e escolas de farmácia	ND	0 (2008)	ND	1 (2008)	1 (2008)
Número de vagas de farmácia	ND	-	ND	ND	ND
Número de graduados de farmácia	ND	-	ND	120 (2005)	ND
Número de faculdades e escolas de técnicos de medicina	ND	0 (2008)	ND	1⑤ (2008)	1 (2008)
Número de vagas de técnicos de medicina	ND	-	ND	ND	ND
Número de graduados de técnicos de medicina	ND	-	ND	26 (2005)	ND
Número de faculdades e escolas de técnicos de laboratório	ND	0 (2008)	1 (2008)	1 (2008)	1 (2008)
Número de vagas de técnicos de laboratório	ND	-	ND	ND	ND
Número de graduados de técnicos de laboratório	ND	-	ND	ND	ND

* Refere-se ao rácio número de candidatos para número de vagas; ** Inclui graduações em enfermagem, enfermagem de saúde materna e enfermagem pediátrica; ⑤ Diz respeito a técnicos de cirurgia

Quadro 55 – NÍVEL MÉDIO SALARIAL (EM USD) EM COMPARAÇÃO COM O PIB PER CAPITA NOS PALOP, ANO MAIS RECENTE DISPONÍVEL

INDICADOR	ANGOLA (ANO) [1]	CABO VERDE (ANO) [2]	GUINÉ-BISSAU (ANO) [3]	MOÇAMBIQUE (ANO) [4]	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE (ANO) [5]
Médicos	1 718* (2007)	1 132,84** (2007)	ND	515 (2006)	ND
Técnicos de medicina	ND	-	ND	ND	ND
Enfermeiros	764*** (2007)	637,704****(2007)	ND	310# (2006)	ND
Parteiras	ND	ND	ND	ND	ND
Outro pessoal de enfermagem	ND	ND	ND	ND	ND
Técnicos de laboratório	ND	ND	ND	170# (2006)	ND
Farmacêuticos	ND	ND	ND	ND	ND
Outro pessoal qualificado	ND	ND	ND	ND	ND

[1] PIB per capita = 3 756 USD (2007); [2] PIB per capita = 2 925 USD (2007); [3] PIB per capita = 213 USD (2007); [4] PIB per capita = 397 USD (2008);
[5] PIB per capita = 922 USD (todos os dados PIB retirados da World Economic Outlook Database do FMI);
* Média aritmética do salário mínimo e máximo de cada categoria; ** Médico geral; ***Média aritmética dos salários mínimos e máximos dos enfermeiros superiores, graduados, gerais e auxiliares; **** Enfermeiro geral; # Não inclui os subsídios, que podem dobrar a remuneração total.

Quadro 56 – POLÍTICAS DE RHS, PALOP EM 2008

INDICADOR	ANGOLA	CABO VERDE	GUINÉ-BISSAU	MOÇAMBIQUE	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
Política escrita de Desenvolvimento dos RHS (definição das grandes orientações, dos papéis de vários actores)	Sim	Sim	Sim	Sim	Desconhece-se
Plano plurianual de Desenvolvimento dos RHS (definição das metas, actividades, recursos a mobilizar)	Sim	Sim	Sim	Sim	Desconhece-se
Previsões de crescimento da formação e recrutamento de trabalhadores da saúde	Desconhece-se	Não	Sim	Sim	Desconhece-se
Cenário fiscal de médio prazo	Desconhece-se	Não	Desconhece-se	Sim	Desconhece-se
Plano de fortalecimento e / ou expansão das instituições (política relativamente à abertura de instituições de formação)	Sim	Não	Não	Sim	Desconhece-se
Plano de formação dos RHS	Desconhece-se	ND	Prevista consultoria internacional 2009	Sim	Desconhece-se
Política ou mecanismo de avaliação da qualidade da formação dos RHS (sistema de acreditação)	Não	Não	Desconhece-se	Sim	Desconhece-se
Política ou mecanismo de avaliação da qualidade da prática profissional (sistema de acreditação, conselhos profissionais)	Desconhece-se	Não	Desconhece-se	Sim	Desconhece-se

Quadro 57 – GESTÃO DOS RHS NOS PALOP, EM 2008

INDICADOR	ANGOLA	CABO VERDE	GUINÉ-BISSAU	MOÇAMBIQUE	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
Capacidade de contratar (baixa, média, elevada)	ND	Média	Média	Pouca	ND
Capacidade para dispensar	ND	Baixa	Baixa	Baixa-média	ND
Autonomia sobre mapas de pessoal e distribuição de pessoal a nível institucional	ND	Baixa	Baixa	Altamente dependente do nível central	ND
Autonomia do Ministério da Saúde sobre o recrutamento	ND	Média	Elevada	Altamente dependente do nível central	ND
Autonomia sobre recrutamento descentralizada	ND	Não	Não	Não	ND
Autonomia do Ministério da Saúde sobre transferências	ND	Elevada	Elevada	Altamente dependente do nível central e provincial	ND
Autonomia sobre transferências descentralizada	ND	Não	Não	Não	ND
Autonomia do Ministério da Saúde sobre promoções	ND	Elevada	Média	Altamente dependente do MISAU e da disponibilidade financeira	ND
Autonomia sobre promoções descentralizada	ND	Não	Baixa	Não	ND
Autonomia do Ministério da Saúde sobre alocação de recursos	ND	Média	Elevada	Dependente do MPF, MISAU, Governo Provincial	ND
Autonomia sobre alocação de recursos descentralizada	ND	Não	Não	Parcial, restrita apenas aos RHS não-qualificados	ND
Existência de iniciativas alargadas do sector público relativamente aos RHS	ND	Não	Baixa	Algumas, em particular o Plano de Aceleração da Formação 2006 a 2009	ND
Exigência de formação em gestão para gestores dos RHS	ND	Não	Baixa	Não	ND

Legenda: Pouca; Média; Elevada; ND - informação não disponível.

Quadro 58 – FERRAMENTAS DE GESTÃO DOS RHS NOS PALOP, EM 2008

INDICADOR	ANGOLA	CABO VERDE	GUINÉ-BISSAU	MOÇAMBIQUE	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
Ficheiros com registos da história do empregado	ND	Sim	Sim	Sim	ND
Directrizes para consultar os ficheiros pessoais	ND	Sim	Não	Sim	ND
Manual de ajuda à administração de pessoal	ND	Não	Não	Sim	ND
Directrizes de apreciação de desempenho documentadas e acessíveis	ND	Sim	Não	Sim	ND
Sistema de classificação de carreiras que identifica claramente os tipos de funções e a progressão na carreira	ND	Sim	Sim	Sim	ND
Directrizes para formulários e procedimentos para aprovação de recrutamentos, promoções e transferências	ND	Sim	Sim	Sim	ND
Directrizes para formulários e procedimentos disciplinares, queixas e cessações	ND	Sim	Sim	Sim	ND
Registos de morbilidade	ND	Sim	Sim	Sim	ND
Registos de absentismo	ND	Sim	Não	Sim	ND
Visitas de supervisão às unidades de saúde	ND	Não	Não	Sim	ND
Formação contínua dos gestores de RHS	ND	Não	Não	Sim	ND

Legenda: Sim; Não; ND - informação não disponível.

Quadro 59 – CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA RHS NOS PALOP, EM 2008

INDICADOR	ANGOLA[86]	CABO VERDE	GUINÉ-BISSAU	MOÇAMBIQUE	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
O país tem legislação adequada que fornece uma estrutura para a informação em saúde.	Desadequado	Desadequado	Adequado	Adequado	ND
O Ministério da Saúde possui capacidade em áreas chave das ciências da informação (epidemiologia, demografia, estatística, informação e tratamento e comunicação de informação).	Desadequado	Não	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado	ND
Existe uma unidade administrativa funcional central no Ministério da Saúde que concebe, desenvolve e apoia a colheita, gestão, análise, disseminação e utilização de informação em saúde, incluindo a informação sobre RHS.	Desadequado	Desadequado	Não existe	Desadequado	ND
No ano anterior foram desenvolvidas actividades de capacitação para o pessoal do sistema de informação em RHS quer a nível nacional quer a nível regional.	ND	Não	Não	Parcialmente adequado	ND

(O Quadro 59 segue na página a seguir)

INDICADOR	ANGOLA[86]	CABO VERDE	GUINÉ-BISSAU	MOÇAMBIQUE	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
Assistência disponível, a nível nacional e regional, para a concepção, gestão e apoio a bases de dados e software.	ND	Não existe	Não existe	Desadequado	ND
Estão disponíveis materiais (formulários, lápis, papel e outros) necessários ao registo da informação.	ND	Sim	Não	Adequado	ND
Estão disponíveis computadores a nível nacional, regional e distrital de modo a permitir a compilação da informação.	ND	Sim	Desadequado	Desadequado	ND
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (telefone) a nível nacional, regional e distrital.	ND	Sim	Não	Adequado	ND
Existe uma estrutura básica de informação e comunicação (acesso a internet e e-mail) a nível nacional, regional e distrital.	ND	Não	Somente a nível central	Desadequado	ND
Existe uma base de dados dos RHS que monitoriza o número de profissionais de saúde pelas principais categorias profissionais que trabalham quer no sector público quer no sector privado.	Desadequado	Não existe	Adequado	Adequado	ND
Existe uma base de dados nacional que monitoriza o número de graduações por ano de todas as instituições de formação na área da saúde.	Desadequado	Não existe	Não existe	Não existe	ND
Recursos humanos para manter e actualizar a base de dados nacional dos RHS.	ND	Não existe	Não existe	Desadequado	ND
Tempo decorrido desde a última actualização da base de dados.	ND	ND	Menos de 1 mês	Menos de 1 ano	ND
Existe um procedimento escrito para a gestão dos dados que inclui a colheita, preservação, limpeza, controlo de qualidade, análise e apresentação dos dados, implementado em todo o país.	ND	ND	Não existe	Parcialmente adequado	ND

[86] Com base no documento: (2005). *Angola Health System Assessment.*

Condições de implementação de bibliotecas virtuais em saúde (BVS)

INDICADOR	ANGOLA	CABO VERDE	GUINÉ BISSAU	MOÇAMBIQUE	STP
Implementação de bibliotecas virtuais em saúde (BVS)	Não criadas		Criadas recentemente e implementada uma BVS	Não criadas e não implementadas	Criadas recentemente mas não implementadas

Dados sócio-demográficos

INDICADOR	ANGOLA		CABO VERDE		GUINÉ-BISSAU		SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE		MOÇAMBIQUE	
	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.
Nº de habitantes	6 800 000 (1975)[89]	15 945 000 (2005)[89]	434 625 (2000)[87]	476 163 (2006)[94]	1 175 400 (2000)[88]	1 354 800 (2007)	100 000 (1975)[89]	200 000 (2005)[89] 155 000 (2006)[90]	16 099 246 (1997)[91]	20520 714 (2007)[92]
Taxa de crescimento populacional anual (%)	2,9 (1975-2005)[89]	2,3 (1995-2004)[89]	2,4 (1990)[93]	1,2 (2006)[94]	2,05 (2000)[88]	2,05 (2007)[88]	2,1 (1975 -2005)[89]	1,6 (2005)[89]	2,3 (1997)[91]	2,4 (2007)[92]
Esperança média de vida (anos)	37,9 (1975-2005)[89]	41,7 (2005)[89]	49 (1975)[94]	72 (2006)[94]	45 (2000)[94]	45,8 (2007)[89]	ND	63,5[94] (2005)	45 (2000)[94]	?
% População urbana	19,1 (2005)[89]	53,3 (2005)[89]	21,4 (1975)[94]	58 (2006)[94]	25 (2000)[88]	30 (2007)[88]	31,6 (1975)[89]	58 (2005)[89]	8,7 (1975)[89]	34,5 (2005)[89]

87 INE, *Censo CV 2000*.
88 INEC (Instituto Nacional de Estatística e Censo, GB).
89 PNUD.
90 WHOSIS.
91 INE, *Censo1997*, MOÇ.
92 INE, *Censo 2007*, MOÇ.
93 INE, *Censo CV 1990*.
94 WB.

Dados macroeconómicos

INDICADOR		ANGOLA		CABO VERDE		GUINÉ-BISSAU		SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE		MOÇAMBIQUE	
		ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.
Principais sectores de actividade (% do PIB)	Primário	ND	ND	10,9 (2000)[87]	3 (2005)[94]	57,4 (2000)[88]	50,9 (2007)[88]	ND	ND	24,7 (2000)[89]	25,9 (2006)[89]
	Secundário			17,6 (2000)[87]	28 (2005)[94]	12 (2000)[88]	11,9 (2007)[88]			21,4 (2000)[89]	27,0 (2006)[89]
	Terciário			71,6 (2000)[87]	69 (2005)[94]	28,2 (2000)[88]	35,1 (2007)[88]			35,7 (2000)[89]	48,3 (2006)[89]
Produto interno bruto (em biliões de USD)[95]		6,506 (1998)	61,334 (2007)	0,522 (1998)	1,445 (2007)	0,206 (1998)	0,356 (2007)	0,072 (1998)	0,145 (2007)	4,333 (1998)	8,069 (2007)
Produto interno bruto per capita PPP (USD)[95]		2515 (1998)	5595 (2007)	1726 (1998)	3270 (2007)	483 (1998)	484 (2007)	970 (1998)	1643 (2007)	433 (1998)	843 (2007)
Crescimento anual do PIB (%)		3,2 (1999)[94]	20,6 (2005)[94]	4,1 (2000)[94]	3,8 (2007)[94]	0,3 (2003)[88]	2,7 (2007)[88]	ND	ND	1,1 (2000)[94]	7 (2007)[94]
Percentagem do PIB gasto com a educação		ND (1991)[89]	2,6 (2005)[89]	3,6 (1991)[89]	6,6 (2005)[89]	1 (2000)[88]	3 (2007)[88]	ND	ND	ND	3,7 (2002/5)[89]
Taxa líquida de escolarização primária nacional		50 (1991)[89]	ND	ND	90 (2005)[89]	53,7 (2006)[96]	56,9 (2006)[97]	69,3 (2002)[98]	97 (2005)[89]	43 (1991)[89]	77 (2005)

[95] FMI.
[96] MICS.
[97] DENARP.
[98] OMD Report.

INDICADOR	ANGOLA		CABO VERDE		GUINÉ-BISSAU		SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE		MOÇAMBIQUE	
	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.
Percentagem do PIB gasto com a saúde	ND	1,5 (2004)[89]	3,7 (2002)[89]	3,9 (2004)[89]	≈1 (2000)[88]	2 (2007)[88]	9,9 (2004)[89]	-	27 (2000)[89]	24 (2004)[89]
Proporção (%) dos gastos com a saúde provenientes de tarifas e taxas	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	28% (1997)[99]	29% (2000)[99]
Proporção (%) do orçamento da saúde na despesa pública	ND	ND	8,8 (2002)[100]	9 (2005)[89]	4,41 (1998)[101]	6,44 (2001)[101]	6,5 (1999)[89]	12,2 (2006)[89]	9 (2000)[89]	11 (2004)[89]
Proporção (%) do orçamento dos RHS no orçamento público de saúde	ND	ND	-	70 (2006)[100]	≈100 (1998)[102]	≈100 (2001)[102]	ND	ND	47 (2003)[103]	45 (2006)[103]

[99] S Lake (LSHTM), 2004.

[100] Ministério das Finanças CV.

[101] PNDS, (2002). *Relatório de avaliação a médio prazo*, Crédito 30106 GUB.

[102] Estratégia de Coop da OMS com a RGB 2004/2007.

[103] A Tyrrell, 2008.

Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

	INDICADOR	ANGOLA		CABO VERDE		GUINÉ-BISSAU		SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE		MOÇAMBIQUE	
		ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.
ODM 1	Taxa de pessoas sub-nutridas	58 (1990 / 92)	35 (2000 / 04)	-	-	-	-	18 (1990 / 92	35 (2000 / 04)	-	-
ODM 2	Taxa líquida de escola-rização primária	50 (1990)	53 (2000)	-	-	-	-	-	97 (2005)	-	-
ODM 4	Taxa de mortalidade em crianças com ≤ 5 anos (1 000 nados vivos)	300 (1970)	260 (2005)	74,6 (1995)	25,7 (2007)	-	223 (2006)	-	118 (2005)	235 (1990)	145 (2006)
	Taxa de mortalidade infantil (por 1 000 nados vivos)	180 (1970)	154 (2005)	57,9 (1995)	21,7 (2007)	-	138 (2006)	-	75 (2005)	158 (1990)	100 (2006)
	Taxa de cobertura vacinal, Sarampo (% de crianças com idade compreendidas entre 12 e 23 meses)	-	45 (2005)	73 (2000)	80 (2006)	75,5 (2006)	69 (2007)	-	88 (2005)	59 (1990)	77 (2006)
	Taxa de cobertura vacinal, Tuberculose (% de crianças com idade compreendidas entre 12 e 23 meses)	-	61 (2005)	-	-	-	-	-	98 (2005)	-	-
ODM 5	Mortalidade materna (por 100 000 nados vivos)	-	140 (2007)	69,1 (1995)	16,2 (2007)	-	-	100 (1990 / 2005)	-	980 (1995)	408 (2003)
	Partos assistidos por profissionais da saúde qualificados (% do total)	-	45 (1997/2005)	89 (1998)	65,1 (2006)	38,8 (2006)	36 (2005 / 2006)	76 (1990 / 2005)	-	44 (1997)	48 (2003)
ODM 6	Prevalência de VIH (% de indivíduos com idades entre os 15 e 49 anos)	-	3,7 (2005)	0,4 (2005)	0,8 (2007)	-	≈ 7 (2008)	-	-	13 (2002)	16,2 (2004)
	Mortalidade por malária (por 100 000 pessoas)	-	354 (2000)	0,21 (2005)	1,4 (2006)	ND	8,7 crianças ≤ 5 anos 5,6 crianças >5 anos (2007)	-	80 (2000)	232 (2000)	ND

INDICADOR		ANGOLA		CABO VERDE		GUINÉ-BISSAU		SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE		MOÇAMBIQUE	
		ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.	ANO REF.	ÚLTIMO ANO DISP.
ODM 6	Incidência da tuberculose (por 100 000 pessoas)	251 (2000)	285 (2007)	51 (2000)	59,8 (2007)	3,232 (2000)	3,914 (2007)	114 (2000)	103 (2006)	379,1 (1999)	447,3 (2005)
ODM 8	Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) recebida (% do PIB)	2,6 (1990)	1,3 (2005)	-	-	-	-	94 (1990)	42,2 (2005)	-	-

Design: Atelier Rasmussen
Fotografias na capa : Ulla Hauer
Impresso na Suíça
Abril de 2010

Os Recursos Humanos constituem a espinha dorsal de todos os sistemas de saúde. Porém, a informação sobre políticas, planos, sistemas de informação e formação profissional, disponibilidade, composição, distribuição, densidade, fontes de financiamento, forças de mercado de trabalho e muitos outros aspectos relacionados com os recursos humanos em saúde são frequentemente escassos e, muitas vezes, estão dispersos através de muitas fontes. Nos países de língua oficial portuguesa em África (PALOP), este é também um problema de longa data, que impediu a análise dos problemas da força de trabalho de saúde e o desenvolvimento de respostas políticas apropriadas. Um esforço conjunto por parte da Comissão Europeia, que apoiou financeiramente, da OMS e do Instituto de Medicina Tropical da Universidade de Lisboa, fornece um primeiro resumo do panorama para esta área de investigação até agora negligenciada. Baseando-se em várias fontes de informação de Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, surge uma imagem dos diversos níveis de desafios colocados aos sistemas de saúde e dos desafios de desenvolvimento da força de trabalho. Este estudo apresenta os problemas comuns experimentados pela força de trabalho de todos os países em estudo, retira conclusões sobre os sistemas educacionais implementados, explora diferenças de políticas, sistemas de informação e padrões de despesa e fornece uma base de comparação para a discussão na busca de soluções aos níveis regional e nacional.

Human Resources are the backbone of every health system. However, information on policies, plans, information systems and workforce education, availability, composition, distribution, density, funding sources, labour market forces and many other aspects is often scarce and scattered across many different sources. In the Portuguese speaking countries of Africa, this has also been a long-standing issue, which prevented the analysis of health workforce problems and the development of appropriate policy responses. A joint effort by the European Commission, which provided funding, WHO and the Institute of Tropical Medicine of Lisbon provides a first overview of its kind for this hitherto neglected area of investigation. Drawing on many sources of information from Angola, Cape Verde, Guinea Bissau, Mozambique, and Sao Tome and Principe, a picture of the diverse levels of challenges posed to the health systems and their workforce development challenges emerges. A synthesis brings together common problems experienced by the workforce of all countries under study, draws lessons from the educational systems in place, explores differences in policies, information systems and expenditure patterns and provides a baseline for discussion on finding solutions at the regional and country level.

About Human Resources for Health Observer

The WHO-supported regional health workforce observatories are cooperative mechanisms through which health workforce stakeholders share experiences, information and evidence to inform and strengthen policy decision-making. The *Human Resources for Health Observer* series makes available the latest findings and research from different observatories to the widest possible audience.

The series covers a wide range of technical issues, in a variety of formats, including case studies, reports of consultations, surveys, and analysis. In cases where information has been produced in local languages, an English translation - or digest - will be made available.

This publication is available on the Internet at:
http://www.who.int/hrh/resources/observer

Copies may be requested from: World Health Organization
Department of Human Resources for Health
CH-1211 Geneva 27, Switzerland

ISBN 978 92 4 859907 1

9 789248 599071